



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**O PAPEL DO MÉDICO DENTISTA NA INTERVENÇÃO DA
CESSAÇÃO TABÁGICA NA CONSULTA DE MDPCA DO
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
Núria de Oliveira Gomes
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

setembro de 2019



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**O PAPEL DO MÉDICO DENTISTA NA INTERVENÇÃO DA
CESSAÇÃO TABÁGICA NA CONSULTA DE MDPCA DO
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
Núria de Oliveira Gomes
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutora Cecília Rozan

e coorientado por
Prof. Doutora Ana Cristina Manso

setembro de 2019

A genialidade é 1% inspiração e 99% transpiração.

(Thomas Edison)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, queria agradecer à Prof. Doutora Cecília Rozan por ter aceite o desafio de orientar este projeto. Por todas as horas dispensadas, onde partilhou comigo todo o seu vasto conhecimento científico, o meu muito obrigada! Quero agradecer também à Prof. Doutora Ana Cristina Manso por me possibilitar a realização deste estudo e pelo profissionalismo.

À Mestre Joana Carmo e ao Mestre André Peixoto por toda a motivação e energia positiva que me valeram aquando da realização da investigação.

Ao Prof. Doutor Luís Proença pela assistência prestada, o meu agradecimento.

Ao Instituto Universitário Egas Moniz por ter sido a minha primeira casa nos últimos anos, e por me mostrar o quão verdadeiro é o significado da frase: *não se explica, sente-se!*

À minha família por todo o apoio e encorajamento desde sempre. Em especial, à minha mãe, a minha maior inspiração. O meu suporte e o meu pilar. A que me ensinou a nunca desistir e a lutar sempre pelos meus sonhos. Que me mostrou que não há força maior que a nossa força interior, que me ensinou o sinónimo de amor puro. A ti, que sempre me protegeste como ninguém e sempre me deste liberdade para fazer as minhas próprias escolhas, obrigada! Ao meu pai, por ser o meu herói, por me ensinar a ter um coração tão bom e genuíno como o dele e por me ter dado a melhor coisa da minha vida, os meus irmãos.

Às minhas queridas amigas, por serem as melhores amigas que alguém pode ter. Por terem dado uma pitada de loucura e diversão a estes últimos anos, mas também por terem a calma, na alma, para os momentos necessários. Por muitos altos e baixos, a palavra amizade, prevalece sempre.

À minha colega de box, a minha partner, pelo apoio incansável nos dois últimos anos e pela aprendizagem. 39 para sempre nos nossos corações.

À Daniela, por ter sido a melhor colega de casa que algum dia podia pedir. Por todos os dias e noites de insânia, estudo, cafés e conversas. Pelo apoio constante.

A todos os amigos que fiz nesta *Muy Noble Academia* que também se tornaram parte integrante e fulcral do meu percurso académico nesta casa.

RESUMO

Introdução: O tabagismo é um problema de saúde pública a nível mundial, associado a diversas doenças, complicações na cavidade oral e mortes. O Médico Dentista insere-se numa posição privilegiada na promoção e intervenção na cessação tabágica.

Objetivos: Descrever a prevalência dos hábitos tabágicos nos pacientes que compareceram nas consultas de MDPCA II do Instituto Universitário Egas Moniz. Relacionar a prevalência dos hábitos tabágicos e a dependência tabágica com as variáveis socioeconómicas e avaliar a eficácia na aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica.

Materiais e Métodos: Estudo transversal, numa amostra de 100 pacientes, selecionados aleatoriamente nas consultas de MDPCA II do Instituto Universitário Egas Moniz, de fevereiro a maio de 2019, que consentiram a participação neste estudo. Foi aplicado um questionário para o estudo das variáveis sociodemográficas/socioeconómicas, hábitos tabágicos, dependência tabágica através do Teste Fagerström para a Dependência da Nicotina (FTND) e a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica. O *follow-up* foi feito 2-4 semanas posterior à aplicação do questionário para avaliar a eficácia na aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica.

Resultados: A faixa etária da nossa amostra situa-se de 18-74 anos, mais prevalente no sexo feminino (60%), no grupo 18-24 anos (34%), no emprego ativo (74%). Relativamente aos hábitos tabágicos a prevalência incide: fumadores diários (100%), o tipo de consumo foi cigarro (78%), consumo de 10-20 cigarros/dia (67%). A média do FTND da nossa amostra registou-se em 3,1, com o desvio padrão de 1,883, mais prevalente no grupo de baixa dependência tabágica (55%). Não foi encontrada associação entre a prevalência dos hábitos tabágicos e a dependência tabágica com os variáveis socioeconómicas ($p > 0,05$). Observou-se uma redução (49,5%) e ligeira cessação (2%) nos hábitos tabágicos após a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica.

Conclusão: O Médico Dentista tem um papel preponderante na intervenção da cessação tabágica.

Palavras-chave: Cessação Tabágica; FTND; Médico Dentista; Saúde Oral;

ABSTRACT

Introduction: Smoking is a major public health problem worldwide, associated with the development of several diseases, oral cavity complications and death. The Dentist play a privilege role conducting the promotion and intervention in tobacco cessation.

Objectives: To describe the prevalence of smoking habits in patients who attended the dental visit in MDPCA II at the Instituto Universitário Egas Moniz. Relate the prevalence of smoking habits and smoking dependency with socioeconomic variables and evaluate the effectiveness of the interventional algorithm in tobacco cessation.

Materials and Methods: A cross-sectional study of a sample of 100 patients randomly selected on dental visit in MDPCA II at the Instituto Universitário Egas Moniz from February to May 2019, who consent the participation in this study. A questionnaire was applied to study sociodemographic/socioeconomic variables, smoking habits, smoking dependence through the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) and the application of the interventional algorithm in tobacco cessation. *Follow-up* was performed 2-4 weeks after the questionnaire had administered, to evaluate the effectiveness of the interventional algorithm in tobacco cessation.

Results: The age of our sample range 18-74 years old, most prevalent in females (60%), at the 18-24 age group (34%), most employed (74%). Regarding smoking habits was more prevalence: on daily smokers (100%), the type of consumption was cigarette (78%), the amount of consumption was between 10-20 cigarettes/day (67%). The average FTND in our sample was 3.1, with a standard deviation of 1.883, which is more prevalent in the low dependency smoking group (55%). No association was found between smoking prevalence, smoking dependence and socioeconomic variables ($p > 0.05$). There was a reduction (49.5%) and slight cessation (2%) in smoking habits after application of the interventional algorithm in tobacco cessation.

Conclusion: Dentists has a leading role in the intervention of tobacco cessation.

Keywords: Smoking Cessation; FTND; Dentist; Oral health;

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	17
1. TABACO - UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	17
2. COMPOSIÇÃO DO TABACO.....	18
3. EPIDEMIOLOGIA	21
4. TABAGISMO COMO FATOR DE DEPENDÊNCIA	22
4.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO TABACO.....	22
4.2. TABAGISMO E GRAVIDEZ.....	24
4.3. FASES DA DEPENDÊNCIA	25
4.4. TESTES DE AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA TABÁGICA	26
4.4.1. QUESTIONÁRIO FAGERSTRÖM DE TOLERÂNCIA.....	26
4.4.2. TESTE DE FAGERSTRÖM PARA A DEPENDÊNCIA DA NICOTINA.....	27
4.4.3. ESCALA DO SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA DA NICOTINA	28
5. INFLUÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS DO TABACO NA CAVIDADE ORAL.....	29
5.1. XEROSTOMIA.....	29
5.2. CANCRO ORAL.....	29
5.3. DOENÇA PERIODONTAL.....	30
5.4. CÁRIE RADICULAR.....	31
5.5. PIGMENTAÇÃO ORAL.....	32
6. MÉDICO DENTISTA E A SUA IMPORTÂNCIA NA CESSAÇÃO TABÁGICA.....	32
7. MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA CESSAÇÃO TABÁGICA.....	33
7.1. ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DO CONTROLO E INTERVENÇÃO NA CESSAÇÃO TABÁGICA.....	33
7.1.1. ALGORITMO INTERVENTIVO DA CESSAÇÃO TABÁGICA.....	34
7.2. TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA.....	37
7.2.1. FÁRMACOS DE PRIMEIRA LINHA.....	38
7.2.2. FÁRMACOS DE SEGUNDA LINHA.....	39
7.3. BENEFÍCIOS DA CESSAÇÃO TABÁGICA	40
II. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	43
III. HIPÓTESES DO ESTUDO.....	45
IV. MATERIAIS E MÉTODOS.....	47
1. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....	47
2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	47
3. TIPO DE ESTUDO.....	47
4. LOCAL DO ESTUDO.....	48
5. SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	48
6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	48

7. TESTES UTILIZADOS.....	49
8. QUESTIONÁRIO UTILIZADO.....	49
8.1. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	51
9. VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	52
9.1. VARIÁVEIS DEPENDENTES.....	52
9.2. VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	52
10. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	52
V. RESULTADOS.....	53
1. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	53
1.1. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	53
1.1.1. GÊNERO.....	53
1.1.2. FAIXA ETÁRIA.....	53
1.1.3. ESTADO CIVIL.....	54
1.1.4. ESCOLARIDADE.....	55
1.2. VARIÁVEIS SOCIOECONÓMICAS.....	56
1.2.1. RENDIMENTO FAMILIAR.....	56
1.2.2. PROFISSÃO.....	56
1.3. HÁBITOS TABÁGICOS.....	57
1.3.1. TIPO DE CONSUMO.....	57
1.3.2. NÚMERO DE CIGARROS/DIA.....	58
1.3.3. FORMA DE CONSUMO.....	58
1.3.4. PRIMEIRO CIGARRO DO DIA.....	59
1.3.5. PENSAR EM DEIXAR DE FUMAR.....	59
1.3.6. DIFICULDADE EM NÃO FUMAR EM LOCAIS PÚBLICOS.....	60
1.3.7. CIGARRO QUE CUSTARIA MAIS NÃO FUMAR.....	60
1.3.8. DEPENDÊNCIA NAS PRIMEIRAS HORAS DO DIA.....	61
1.3.9. DEPENDÊNCIA TABÁGICA RELATIVAMENTE À DOENÇA.....	61
2. RELAÇÃO ENTRE HÁBITOS TABÁGICOS E VARIÁVEIS SOCIOECONÓMICAS.....	62
2.1. RELAÇÃO ENTRE HÁBITOS TABÁGICOS E RENDIMENTO FAMILIAR.....	62
2.2. RELAÇÃO ENTRE HÁBITOS TABÁGICOS E SITUAÇÃO FACE AO EMPREGO.....	62
3. TESTE DE FAGERSTRÖM PARA A DEPENDÊNCIA DA NICOTINA.....	63
3.1 DEPENDÊNCIA TABÁGICA.....	63
4. RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA TABÁGICA E VARIÁVEIS SOCIOECONÓMICAS.....	64
4.1. RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA TABÁGICA E RENDIMENTO FAMILIAR.....	64

4.2. RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA TABÁGICA E SITUAÇÃO FACE AO EMPREGO.....	65
5. APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA.....	66
6. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA.....	67
6.1. RELAÇÃO ENTRE GÊNERO E APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA.....	67
6.2. RELAÇÃO ENTRE FAIXA ETÁRIA E APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA.....	68
6.3. RELAÇÃO ENTRE ESTADO CIVIL E APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA.....	68
7. RELAÇÃO ENTRE HÁBITOS TABÁGICOS E APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA.....	69
7.1. RELAÇÃO ENTRE NÚMEROS DE CIGARROS/DIA E APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA.....	69
7.2. RELAÇÃO ENTRE FORMA DE CONSUMO E APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA.....	70
7.3. RELAÇÃO ENTRE PENSAR EM DEIXAR DE FUMAR E APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA.....	70
7.4. RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA TABÁGICA E APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA.....	71
VI. DISCUSSÃO.....	73
VII. CONCLUSÃO.....	79
VIII. BIBLIOGRAFIA.....	81
IX. ANEXOS	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Composição do tabaco	21
Figura 2 - Esquema representativo do algoritmo interventivo da cessação tabágica (Adaptado de Fiore MC Bailey, W.C., Cohen s.j. et al. (2000))	37
Figura 3 - Esquema representativo do algoritmo interventivo da cessação tabágica (Adaptado de Fiore MC Bailey, W.C., Cohen s.j. et al. (2000))	51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção de todas as mortes atribuíveis ao tabaco (%) (Adaptado de World Health Organization (WHO), 2012)	18
Tabela 2 - Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (Adaptado de (Heatherton et al., 1991)).....	28
Tabela 3 - Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (Adaptado de (Heatherton et al., 1991)).....	50
Tabela 4 - Análise descritiva do gênero dos intervenientes no estudo	53
Tabela 5 - Análise descritiva da faixa etária dos indivíduos no estudo.....	54
Tabela 6 - Análise descritiva do FTND dos indivíduos no estudo	63
Tabela 7 - Análise descritiva da dependência tabágica dos indivíduos no estudo	64
Tabela 8 - Análise descritiva da aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica dos indivíduos no estudo	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gráfico de prevalência do consumo de tabaco em adultos na atualidade, 2007-2015 (World Health Organization (WHO), 2017).....	22
Gráfico 2 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por gênero	53
Gráfico 3 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por faixa etária	54
Gráfico 4 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por estado civil	55
Gráfico 5 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por escolaridade	55
Gráfico 6 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por rendimento familiar	56
Gráfico 7 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por profissão..	57
Gráfico 8 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra em relação ao tipo de consumo	57
Gráfico 9 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por nº cigarros/dia	58
Gráfico 10 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por forma de consumo.....	58
Gráfico 11 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra relativamente ao primeiro cigarro do dia	59
Gráfico 12 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra relativamente a pensar em deixar de fumar	59
Gráfico 13 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra relativamente à dificuldade em não fumar em locais públicos	60
Gráfico 14 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra relativamente ao cigarro que custaria mais não fumar.....	60
Gráfico 15 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra relativamente à dependência nas primeiras horas do dia	61
Gráfico 16 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra relativamente à dependência tabágica em relação à doença	61
Gráfico 17 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação dos hábitos tabágicos com o rendimento familiar	62

Gráfico 18 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação dos hábitos tabágicos com a situação face ao emprego	63
Gráfico 19 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por dependência tabágica.....	64
Gráfico 20 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação da dependência tabágica com o rendimento familiar	65
Gráfico 21 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação da dependência tabágica com a situação face ao emprego.....	65
Gráfico 22 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica	67
Gráfico 23 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação do género com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica	67
Gráfico 24 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação da faixa etária com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica	67
Gráfico 25 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação do estado civil com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica	67
Gráfico 26 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação do número de cigarros/dia com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica.....	67
Gráfico 27 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação da forma de consumo com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica	67
Gráfico 28 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação entre pensar deixar de fumar com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica	67
Gráfico 29 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação da dependência tabágica com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica	67

LISTA DE ABREVIATURAS

CO – Carbon Monoxide - Monóxido de Carbono

DGS – Direção Geral de Saúde

FDA – Food and Drug Administration

FTQ – Fagerström Tolerance Questionnaire - Questionário Fagerström De Tolerância

FTND - Fagerström Test for Nicotine Dependence – Teste Fagerström para a Dependência da Nicotina

mg - miligramas

MDPCA – Medicina Dentária Preventiva e Comunitária Avançada

NRT - Nicotine Replacement Therapy

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAHs – Polycyclic Aromatic Hydrocarbons - Hidrocarbonetos Aromáticos Policíclicos

SNC – Sistema Nervoso Central

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TSN – Terapêutica de Substituição da Nicotina

TSNA – Tobacco-Specific Nitrosamines - Nitrosaminas Específicas Do Tabaco

WHO – World Health Organization

WHO FCTC – World Health Organization Framework Convention Tobacco Control

I. INTRODUÇÃO

1. TABACO - UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Atualmente existem 1,1 bilhões de fumadores por todo o mundo. Aproximadamente metade dos jovens e um terço dos adultos, são frequentemente sujeitos ao fumo do tabaco, encontrando-se associado à causa de 50 doenças crónicas e predispondo cerca de 6 milhões de mortes evitáveis por ano (Cavalcante et al., 2018; Hoffman & Tan, 2015).

De acordo com o relatório do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo de 2016, baseado nas estimativas realizadas pelo *Institute of Health Metrics and Evolution*, morreram nesse ano em Portugal mais de 11800 pessoas por doenças relacionadas com o tabagismo. A prevalência de consumidores diários ou quase diários, entre 2012 e 2016/2017 foi de 95,2% para 94,0%, podendo afirmar-se que a redução foi irrelevante (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Em 2005 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a World Health Organization Framework Convention Tobacco Control (WHO FCTC). Este projeto tem como principal objetivo oferecer uma resposta incisiva e direcionada ao combate da epidemia global do consumo de tabaco na sociedade atual (World Health Organization (WHO), 2017).

O tabagismo continua a ser um encargo significativo no sistema de saúde pública, tornando-se um dos maiores desafios no âmbito da mesma e na economia. Neste sentido, o projeto tem como finalidade traçar estratégias na área da saúde, bem como, nos meios sociais, ambientais e económicos para reduzir estes encargos (Dawson, Noller, & Skinner, 2013; World Health Organization (WHO), 2017).

A dependência tabágica é caracterizada por um consumo de tabaco compulsivo, que engloba a dificuldade em se abster de fumar e na resistência em abandonar o hábito tabágico. A OMS define esta dependência como um transtorno mental/comportamental do uso de substâncias psicoativas. A nicotina presente no cigarro pode desencadear síndrome de abstinência ou suscitar um desejo impulsivo de fumar, uma vez que, é uma droga psicoativa que gera dependência e consequentemente um entrave na cessação tabágica (Weber, Hatschbach, Pithan, & Dullius, 2017).

Do ponto de vista de saúde pública, o consumo de tabaco não oferece qualquer benefício aos que consomem nem à comunidade, os cigarros inserem-se numa classe especial de produtos de consumo, associado a um risco substancial tanto de forma ativa como passiva dos fumadores bem como daqueles que os rodeiam (Paumgarten, Gomes-Carneiro, & Oliveira, 2017).

Numa perspetiva global, em 2004, cerca de 5 milhões de adultos com idade superior a 30 anos faleceram, devido ao consumo de tabaco direto, correspondendo a uma morte por cada 6 segundos. As regiões com maior proporção de mortes devido ao consumo de tabaco foram a América e a Europa, visto que o consumo de tabaco tem um historial desde os tempos ancestrais, sendo a morte mais prevalente nos homens que mulheres (Tabela 1) (World Health Organization (WHO), 2012).

Segundo a OMS estima-se que em 2030, as mortes derivadas do consumo de tabaco possam ascender até 8 milhões, perfazendo 10% de mortes a nível mundial, neste sentido surgem estratégias emergentes no combate do consumo de tabaco (Santos et al., 2017).

Tabela 1 - Proporção de todas as mortes atribuíveis ao tabaco (%) (Adaptado de World Health Organization (WHO), 2012)

Proporção de todas as mortes atribuíveis ao tabaco (%)			
OMS/Região	Homem	Mulher	Adultos
África	5	1	3
Américas	17	15	16
Mediterrâneo Oriental	12	2	7
Europa	25	7	16
Sudeste Asiático	14	5	10
Pacífico Ocidental	14	11	13
Global	16	7	12

2. COMPOSIÇÃO DO TABACO

Existem no mercado vários tipos de produtos derivados de tabaco, podendo enumerar-se os cigarros tradicionais, o cigarro eletrónico, a cigarrilha, o cachimbo, o tabaco de mascar, o rapé e o tabaco em forma de enrolar. O preço do tabaco tem vindo a aumentar como estratégia de redução do consumo de tabaco, mas os fumadores têm

recorrido a outras alternativas ou outros produtos do tabaco mais acessível dificultando a promoção da cessação tabágica (Zheng, Zhen, Dench, & Nonnemaker, 2016).

O dispositivo de cigarro eletrônico apareceu no mercado em 2003 nos Estados Unidos da América, é composto por uma bateria e um atomizador (local onde o líquido se encontra guardado). O líquido é composto por nicotina, propilenoglicol, água destilada, glicerol e aromatizantes (Farsalinos & Polosa, 2014). O cigarro eletrônico apresenta como vantagem o facto de ser mais económico e não libertar um cheiro desagradável, tornando-o um dispositivo mais apelativo e eficiente ao público. Diversos estudos demonstraram que o uso deste dispositivo reduz a síndrome de abstinência, tornando-o favorável na cessação tabágica. Por outro lado, por ser um dispositivo acessível e apelativo devido aos diversos aromas disponíveis, torna-o um dispositivo de eleição nos grupos mais jovens (Santos & Almeida, 2016). Recentemente apareceu no mercado uma nova forma de consumo de tabaco sem combustão, o *IQOSTM*, este novo produto permite reduzir os consumidores da exposição aos produtos nocivos e prejudiciais que advém da combustão do cigarro, bem como, das substâncias tóxicas que estão associadas ao cigarro. Ainda assim, existem poucos estudos que mostrem os efeitos desta forma de tabaco na saúde dos fumadores (Kopa & Pawliczak, 2019).

Estima-se que existam cerca de 3000 componentes no cigarro. Destes, é a nicotina a substância com maior contributo para a dependência. Por unidade, um cigarro contém 800 miligramas (mg) de tabaco sendo a quantidade de nicotina apresentada no intervalo entre 9 a 17 mg. Deste valor, 10% é absorvido pelo fumador, ocorrendo a maior taxa de absorção nos pulmões, seguindo-se da boca e nasofaringe, contudo em menores quantidades. O monóxido de carbono (CO) é um gás de coloração clara, inodoro, com efeito negativo, diminuindo a eficácia do sangue no transporte de oxigénio dos pulmões às células dos tecidos e órgãos. O CO produzido deriva-se da oxidação de compostos constituídos por carbonos, tais como aqueles que provêm da combustão do cigarro (Da Silva et al., 2010; Goldstein, Gans, Ripley-Moffitt, Kotsen, & Bars, 2018).

A nicotina presente no cigarro, é o principal fator de dependência, um alcalóide vegetal presente na planta do tabaco e no fumo, que possui propriedades psicoativas, que podem modificar o estado de humor. A sua forma de ação poderá provocar depressão ou estimulação nos recetores presentes a nível cerebral e periférico, dependendo da frequência e a intensidade com que é inalada. A sua ação no Sistema Nervoso Central

(SNC) ocorre por ação de diferentes recetores e várias vias neuroquímicas, atuando deste modo, através da libertação de acetilcolina, β endorfinas, noradrenalina e vasopressina, e impedindo que a substância P (neurotransmissor neuropeptídeo) e as melanotropinas sejam libertadas. Esta substância P aumenta a capacidade de memória e provoca dependência, através da ativação do sistema dopaminérgico mesolímbico, cuja origem é na área tegmentar ventral, no mesencéfalo, levando ao aumento do estado de alerta e a sensação de bem-estar (Franken et al., 1996; Emilia Nunes, Candeias, Mendes, & Pardal, 2007)

Em março de 2012 a Food and Drug Administration (FDA) publicou uma lista com 93 substâncias nocivas e potencialmente prejudiciais presentes no tabaco e no fumo do tabaco. Entre estas substâncias podemos identificar os mais relevantes: arsénio, berílio, cádmio, cromo, cobalto, chumbo, mercúrio e urânio (figura 1), que comprovaram uma relação com uma serie de patologias como cancro (traqueia, pulmões, brônquios, laringe, faringe e cavidade oral), doença cardiovascular, doença respiratória, doença reprodutora e dependência tabágica (Zumbado, Luzardo, Rodríguez-Hernández, Boada, & Henríquez-Hernández, 2019).

O fumo do tabaco é caracterizado como uma fusão complexa de substâncias químicas, dentro das quais as nitrosaminas específicas do tabaco (TSNA). É durante o período pós-colheita do tabaco que se compõe a maior parte das TSNA, o residual é formado durante o período em que o cigarro é aceso. Vários estudos demonstraram que a presença destas substâncias se relaciona com o desenvolvimento de cancro no pulmão, pâncreas, esófago e na cavidade oral dos fumadores, visto que a nitrosamina cetona e N-nitrosonornicotina proveniente da nicotina são as mais carcinogénicas. No entanto existem outras substâncias que contêm agentes cancerígenos e mutagénicos, tais como os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos (PAHs), quando associado com as TSNA promove uma reação sinérgica como fator de risco no desenvolvimento de doença oncológica (Konstantinou et al., 2018).

De acordo com as diretrizes europeias, é obrigatório referenciar as proporções de nicotina, CO, e alcatrão presente no cigarro. Contudo, independentemente dos valores expostos consoante as normas internacionais, atualmente, deduz-se que todos os produtos do tabaco são nocivos à saúde (Emilia Nunes et al., 2007).



Figura 1 - Composição do tabaco

3. EPIDEMIOLOGIA

O tabagismo continua a ser um problema grave na saúde pública e para que seja possível delinear estratégias ou medidas preventivas tanto na prevenção de consumo como na promoção de cessação tabágica e monitorizar a sua evolução, devemos investigar sobre as características do fumador. De acordo com a prevalência do género em relação ao consumo diário de tabaco, podemos caracterizar o estágio do modelo epidemiológico do País em causa. Foi possível auferir que existem diferenças no padrão do consumo entre o género masculino do feminino, concluindo-se que houve um aumento moderado no consumo de tabaco no género feminino de 6% para 14,6% e uma redução no género masculino de 35,2% para 26,7%, em estudos comparativos realizados entre 1987 e 2014, respetivamente, em Portugal. Verificou-se também que no género masculino, o consumo de tabaco mais elevado encontrava-se nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos, tais como: desempregados (41.6% em 2014), divorciados (39.7% em 2014) e nos trabalhadores não qualificados (42.0% em 2014). Em relação ao género feminino, a prevalência do consumo de tabaco aumentou no grupo das divorciadas (26.9% em 2014) e no grupo com profissões mais qualificadas. Em relação ao consumo diário, a faixa etária mais prevalente era caracterizada pelo género feminino situa-se entre os 20 e os 44 anos e o menos prevalente nas mulheres com idade superior a 65 anos (Leite, Machado, Pinto, & Dias, 2017).

Globalmente, segundo a OMS, estima-se um decréscimo relativo na prevalência do consumo de tabaco, em que o declínio da taxa global de tabagismo denota-se em adultos com mais de 15 anos que passaram de 23,5% em 2007 para 20,7% em 2015. Sendo este declínio mais relevante em países com elevado rendimento salarial (*high-income countries*). Nos países de médio rendimento salarial (*middle-income countries*) a prevalência dizimou para metade e nos países de baixo rendimento salarial (*low-income countries*) apenas para um terço. A prevalência de consumo de tabaco mantém-se alta nos homens e baixa nas mulheres (gráfico 1) (World Health Organization (WHO), 2017).

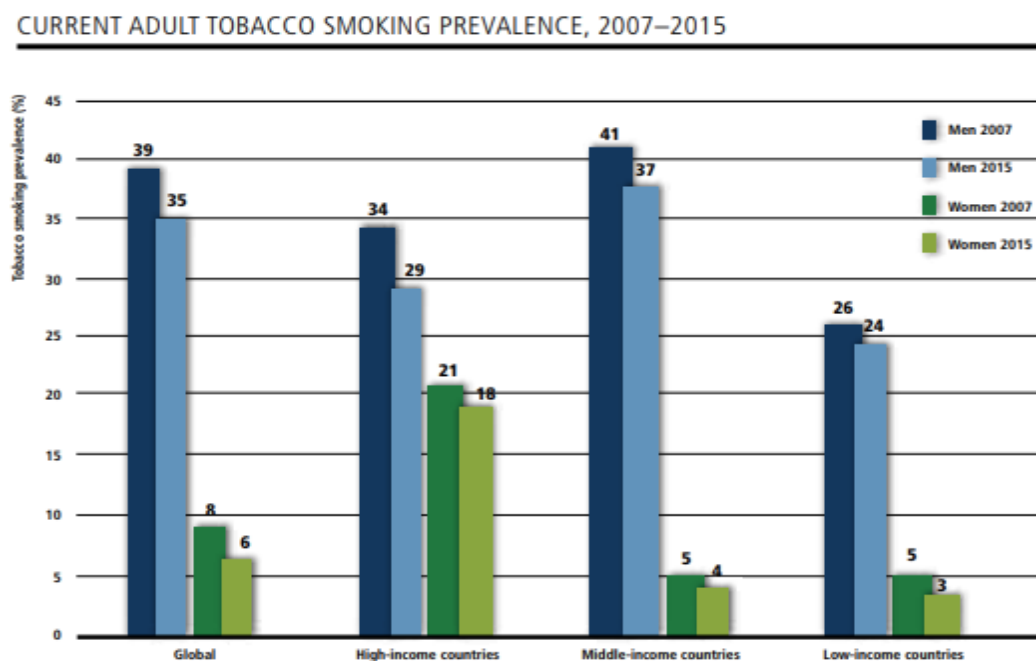


Gráfico 1 - Gráfico de prevalência do consumo de tabaco em adultos na atualidade, 2007-2015 (World Health Organization (WHO), 2017)

4. TABAGISMO COMO FATOR DE DEPENDÊNCIA

4.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO TABACO

Considera-se que o tabaco apareceu no Novo Mundo (também conhecido como continente americano). O primeiro contato dos europeus com a planta do tabaco apareceu em 1492, quando Cristóvão Colombo chegou à América, tendo sido introduzido em Portugal no decorrer do século XVI e depois exportado para a Ásia e África na época dos Descobrimentos, com fins comerciais (Dani & Balfour, 2011; Fraga et al., 2005).

As comunidades indígenas usam o tabaco com fins de carácter religioso e místico (contacto espiritual e finalidades medicinais). É através do cultivo de plantas (onde se inclui a planta do tabaco) por parte destas comunidades, que surge uma planta cultivada pelo seu alto teor em alcaloides. As folhas desta tinham grandes concentrações de nicotina (9%), sendo esta planta denominada de *Nicotiana Rustica*, aparecendo posteriormente a *Nicotiana Tabacum* em que as suas folhas contêm apenas entre 1 e 3% de nicotina (Carmody et al., 2018).

Há vários séculos que se observa o consumo de tabaco quer seja através do ato de mascar as folhas de tabaco, por inalação, em forma de rape ou através do cachimbo. O cigarro propriamente dito surge apenas no final do século XIX (Fraga et al., 2005).

Durante a primeira guerra mundial, o tabaco foi oferecido aos soldados com a finalidade de promover a vigília durante a guerra, mantendo-os em alerta. A sua difusão continuou durante a segunda guerra mundial, atingindo o auge de consumo nas décadas 50 e 60. Com a introdução de novas ideologias em relação á liberdade de expressão e ao ganho do estatuto social do género feminino, as indústrias tabágicas emanciparam a difusão do consumo de tabaco, especialmente neste género (Fraga et al., 2005).

Antigamente, o uso de aditivos era escasso na indústria tabágica. Atualmente, o cigarro apresenta uma concentração elevada de nicotina e no seu procedimento englobam-se inúmeras substâncias e materiais, para além da folha de tabaco, papel e filtro. Estima-se o empenho de cerca de 600 aditivos na produção do cigarro. Entre eles encontram-se os aromatizantes ou potenciadores, como o cacau, alcaçuz e o mentol. Também podemos encontrar outras substâncias tais como alguns açúcares, compostos do amónio e substâncias húmidas (o glicerol, propilenoglicol) presentes no cigarro. Atualmente estas substâncias são denominadas “invólucros”, correspondendo 1% a 5% do peso do tabaco. Numa fase mais tardia da produção, foram adicionadas algumas substâncias voláteis ao tabaco para melhorar o sabor e o aroma do tabaco, conhecidas como complementos gustativos representando 0,1% do seu peso (Paumgartten et al., 2017).

4.2. TABAGISMO E GRAVIDEZ

A exposição da criança ou feto durante a gestação ao fumo do tabaco de forma passiva pode comprometer a saúde geral durante o seu desenvolvimento e reações adversas à posteriori. Desde sempre, que se reconhece os efeitos negativos do tabaco na gravidez e a forma como este pode lesar o crescimento fetal que, muitas vezes, acaba por desencadear partos prematuros (Peterson & Hecht, 2017).

Atualmente o consumo do tabaco continua a ser um hábito extremamente vulgar, apesar dos riscos que lhe estão associados. Aproximadamente 1 em cada 10 mulheres revelam manter o comportamento de fumar durante os últimos três meses da gestação, sendo mais prevalente na faixa etária mais jovem (17%). O aborto espontâneo, o nascimento de crianças prematuras, a restrição de crescimento fetal, as complicações pós parto, os defeitos congénitos e o aumento das taxas de morbilidade e mortalidade perinatal e infantil são algumas das consequências mais prevalentes associadas ao consumo do tabaco durante a gestação, devido a uma redução na perfusão da placenta (Sutin, Flynn, & Terracciano, 2018).

Denota-se que durante a gravidez, as progenitoras com hábitos tabágicos são mais suscetíveis a complicações como um maior risco de parto prematuro, recém-nascido com baixo peso, deficiência na capacidade pulmonar e por último a síndrome de morte súbita infantil. Os descendentes das progenitoras com hábitos tabágicos ao longo da gestação evidenciaram mais sintomas de ansiedade e depressão em comparação com as progenitoras que carecem desse hábito (André et al., 2015; Sutin et al., 2018).

Segundo a evidência científica, a nicotina tem um papel preeminente no âmbito da saúde materna, abrangendo o parto prematuro e o nado morto. Segundo pesquisas recentes realizadas em animais, cujo desenvolvimento pulmonar era semelhante ao do ser humano, verificou-se que a nicotina era um intermediário dos efeitos nocivos do tabaco no desenvolvimento pulmonar fetal (Tiesler & Heinrich, 2014; USDHHS, 2014).

Segundo estudos epidemiológicos a exposição pré e pós-natal ao fumo do tabaco correlaciona-se com o aumento de riscos de leucemia e linfomas na infância, bem como de tumores cerebrais (Peterson & Hecht, 2017).

O facto de as progenitoras optarem pela privação do consumo de tabaco no início da gestação ou pela cessação a qualquer momento da gestação suscitará benefícios para

o feto e para a progenitora. Recomenda-se a cessação tabágica em vez da sua redução às progenitoras com hábitos tabágicos devido á ansiedade e apreensão a que as progenitoras são expostas. Porém os benefícios que podem advir da redução não devem ser subestimados (Ioakeimidis, Vlachopoulos, Katsi, & Tousoulis, 2018).

4.3. FASES DA DEPENDÊNCIA

Atualmente, crê-se que o ato de fumar é uma prática adquirida socialmente. De entre os inúmeros fatores socioambientais, podemos salientar os mais relevantes: (DiFranza et al., 2002; Milton et al., 2004):

- Comportamentos de progenitores, de pessoas próximas e o círculo de amigos com hábitos tabágicos;
- Acessibilidade e disponibilidade aos produtos do tabaco.

Segundo Milton et al. (2004), o comportamento de fumar do indivíduo inicia-se desde a primeira experiência de fumar até se tornar um fumador com hábitos tabágicos regulares, define-se em cinco fases distintas:

- Fase preparatória – Formação de crenças e expetativas sobre o conhecimento/utilidade do consumo de tabaco. A crença, passa pela interiorização do indivíduo, sendo uma forma de lidar com a ansiedade emocional e de convivência social;
- Fase inicial/tentativa – Define-se a emancipação do primeiro cigarro associado ao incentivo de amigos deliberadamente;
- Fase experimental – Define-se como um período de consumo irregular e repetitivo de tabaco, por exemplo entre jantares e saídas noturnas com amigos ou entre as pausas durante a execução de trabalhos de grupo ou convívio na universidade;
- Uso regular de tabaco – Define-se como uma fase de consumo diário por rotina, em que os jovens e adolescentes adquirem o hábito tabágico em mais que um momento do dia, e frequentemente aos fins-de-semana;
- Dependência da nicotina – Uso diário. Padrão de consumo regular com uma necessidade compulsiva. Denota-se a visibilidade da síndrome de abstinência (irritabilidade e falta de concentração) perante qualquer

tentativa de cessação tabágica e constantes recaídas sempre que se pretende deixar de fumar.

O potencial de dependência tabágica ocorre quando a nicotina é absorvida na corrente sanguínea. Após a sua absorção esta é distribuída por todo o corpo humano (Couch et al., 2016).

O risco da dependência tabágica é inversamente proporcional à idade, ou seja, quanto mais cedo (população mais jovem) se inicia o consumo do tabaco mesmo que seja pontualmente, maior será a possibilidade de adquirir o hábito tabágico e maior as repercussões a nível da saúde do indivíduo. Segundo alguns estudos realizados no cérebro de ratos em desenvolvimento concluiu-se que a nicotina é capaz de gerar mudanças que rapidamente levam à dependência, uma vez que, vai ocorrer a mutação de um nucleótido na zona de configuração do poro do gene do recetor do rato, tornando-o hipersensível aos efeitos da nicotina. Este estudo também permitiu observar que, quanto mais jovem fosse o rato, aquando da administração de nicotina, maior era a tendência na idade adulta, que mostrava, para a procura e autoadministração da mesma (Benowitz, 2010).

4.4. TESTES DE AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA TABÁGICA

4.4.1. QUESTIONÁRIO FAGERSTRÖM DE TOLERÂNCIA

O questionário Fagerström de tolerância foi concebido em 1978, por Fagerström com a finalidade de avaliar a auto percepção da dependência da nicotina. É um questionário composto por oito perguntas fechadas. Contudo, a utilização deste método de avaliação apresenta certas limitações, carece de avaliação do foro psicométrico, fiabilidade, validade e a estrutura seja demasiado multifatorial. Derivado destas limitações, os autores fizeram uma revisão e conceberam um novo questionário denominado o Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (FTND), onde removeu as perguntas relacionadas com o teor de nicotina do cigarro e a frequência de inalação (Ferreira, Quintal, Lopes, & Taveira, 2009; Heatherton, Kozlowski, Frecker, & Fagerström, 1991).

4.4.2. TESTE DE FAGERSTRÖM PARA A DEPENDÊNCIA DA NICOTINA

O teste de Fagerström para a dependência da nicotina foi adaptado do Questionário Fagerström de Tolerância por Heatherton et al. em 1991, composto por seis perguntas fechadas com o objetivo de quantificar o grau de dependência e o consumo do tabaco (tabela 2). Sendo uma ferramenta de fácil aplicação e compreensão, permite auferir uma cotação, ao atribuir pontuação para cada resposta e o somatório da pontuação obtida das perguntas, permite classificar a dependência nicotínica consoante a cotação obtida de uma escala de 1 a 10, quanto maior a cotação obtida maior será o grau da dependência. A identificação do grau de dependência com o auxílio do FTND e a avaliação do perfil dos fumadores é primordial para que se possa estabelecer um planeamento individual quando se pretende iniciar a cessação tabágica (Ferreira et al., 2009; Trujillo et al., 2017; Weber et al., 2017).

O teste de Fagerström para a dependência da nicotina é um questionário de auto percepção amplamente usado a nível mundial (Granda-Orive et al., 2019). Neste sentido, em 2009, Ferreira et al. validaram o teste Fagerström para dependência da nicotina para versão portuguesa.

Tabela 2 - Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (Adaptado de (Heatherton et al., 1991))

Questões	Respostas	Pontuação
1. Quando fuma o 1º cigarro depois de acordar?	Nos primeiros 5 minutos	3 pontos
	Entre os primeiros 6 minutos e os 30 minutos	2 pontos
	Entre os primeiros 31 a 60 minutos	1 ponto
	Após 60 minutos	0 pontos
2. Tem dificuldade em não fumar em locais públicos?	Sim	1 ponto
	Não	0 pontos
3. Qual o cigarro que lhe custaria mais não fumar?	O primeiro do dia	1 ponto
	Qualquer outro	0 pontos
4. Quantos cigarros fuma por dia?	>40 cigarros/dia	3 pontos
	21 – 40 cigarros/dia	2 pontos
	10 – 20 cigarros/dia	1 ponto
	<10 cigarros/dia	0 pontos
5. Durante as primeiras horas, depois de acordar, fuma mais que no resto do dia?	Sim	1 ponto
	Não	0 pontos
6. Fuma mesmo estando doente ou acamado?	Sim	1 ponto
	Não	0 pontos

4.2.3. ESCALA DO SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA DA NICOTINA

A Escala do Síndrome da Dependência da Nicotina de Shiffman, Waters e Hickcox (2004) consiste num questionário constituído por 19 perguntas que analisa os seguintes fatores (Becoña, Nogueiras, Flórez, Álvarez, & Vázquez, 2010):

- Impulsos – Derivados da síndrome da dependência e abstinência;
- Necessidade de fumar – Preferências no comportamento de fumar quando relacionado com outros fumadores;
- Tolerância – Avalia os efeitos quando procede na redução do consumo;

- Regularidade – Pretende referenciar a regularidade com que fuma;
- Estereótipo – Avalia a monotonia do ato de fumar.

Esta escala seguiu os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais - Quarta Edição (DSM-IV) e os conceitos de síndrome de dependência de Edwards (1976) durante a sua conceptualização. O objetivo principal desta escala será para avaliar a síndrome de abstinência, focando nos cinco parâmetros acima mencionados, enquanto o FTND mede a dependência da nicotina (Becoña et al., 2010; Trujillo et al., 2017)

5. INFLUÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS DO TABACO NA CAVIDADE ORAL

5.1. XEROSTOMIA

A xerostomia define-se como a sensação subjetiva de boca seca, sendo de etiologia variável, podendo apresentar-se como um sintoma de diversas doenças sistêmicas ou uma consequência de fatores locais, associada ou não, a alterações da secreção das glândulas salivares. A disfunção das glândulas salivares define-se como qualquer alteração qualitativa ou quantitativa do fluxo salivar, quando está em déficit pode ter um impacto negativo sobre o indivíduo. A saliva desempenha diversas funções para a contribuição da homeostasia da cavidade oral e do trato gastrointestinal, como lubrificação, função antibacteriana, função protetora e promoção da capacidade tampão. Serve também como um meio de diagnóstico não invasivo de várias condições orais e sistêmicas. A absorção da nicotina na cavidade oral, irá estimular os recetores colinérgicos no cérebro, desencadeando uma cadeia de reações neuronais contribuindo para que ocorram alterações na secreção salivar (Rehan et al., 2016).

5.2. CANCRO ORAL

O cancro oral, também conhecido como carcinoma das células escamosas apresenta-se como uma neoplasia maligna que pode aparecer no lábio ou na cavidade oral (Rivera, 2015).

Atualmente o cancro oral é considerado um problema *major* de saúde pública apresentando 350 000 a 400 000 casos novos diagnosticados por ano a nível mundial, sendo mais prevalente no sexo masculino. Estima-se que a sua distribuição seja aproximadamente, 3% na gengiva, 5% no pavimento da boca, 8% no vestíbulo, 11% no palato, 11% no lábio inferior, 22% na língua e 32% na mucosa. Entre os principais fatores de risco podemos identificar o tabaco, o álcool, o vírus do papiloma humano, higiene oral deficiente, contudo, não podemos omitir os fatores ambientais, étnicos, genéticos e socioeconómicos. A associação do álcool com o consumo de tabaco, potência um efeito sinérgico no risco de desenvolver o cancro oral (D'souza & Addepalli, 2018; Wong & Wiesenfeld, 2018).

Existe uma forte relação entre o consumo de tabaco e o desenvolvimento de cancro oral, visto que aproximadamente 80% dos casos estão associado aos fumadores (Healy & Moran, 2019).

A presença de TSNA e o hidrocarboneto aromático benzopireno foram identificadas como substâncias carcinogénicas durante a combustão do cigarro e onde serão absorvidas na mucosa oral e irão interferir na replicação das células (Pemberton, 2018).

5.3. DOENÇA PERIODONTAL

A doença periodontal apresenta-se como uma doença de carácter infeccioso e com características inflamatórias sendo o tabaco um fator importante no desenvolvimento da mesma. O tabaco quando absorvido vai atuar nas células da mucosa oral interferindo no processo que regula os fatores de inflamação ou melhor reduzindo o processo da cicatrização e de defesa, promovendo um ambiente na cavidade oral propensa à proliferação dos microrganismos patogénicos. Foi comprovado que os fumadores apresentam uma maior acumulação de placa bacteriana que consequentemente promove o agravamento da doença periodontal (Santos, Lacerda, Lima, & Ribeiro, 2017)

Existe um conhecimento geral sobre a associação positiva entre o tabaco e a doença periodontal por parte dos profissionais de saúde oral. Após estudos sobre o assunto, denotou-se que os pacientes fumadores apresentavam uma maior perda óssea, sondagens mais profundas, presença clínica de inflamação, uma maior prevalência de gengivite

ulcerativa ou maior perda de osso alveolar e tecido epitelial, e a resposta ao tratamento periodontal não era tão fidedigna como em pacientes que não apresentavam hábitos tabágicos. Desde então, foi estabelecida uma forte ligação entre fatores como índice de placa e a higiene oral do indivíduo que foram tidos em consideração. Estudos longitudinais mostraram que pacientes fumadores que tinham bons níveis de higiene oral igual à de pacientes que não apresentavam hábitos tabágicos, tinham maior perda de suporte periodontal e estavam mais predispostos a perda dentária ao longo do tempo. O próprio fumo do tabaco, por si só, desempenha um papel importante ao nível do periodonto, uma vez que, vai modificar a ação protetora do hospedeiro, bem como alterar a resposta inflamatória que visa a destruição da placa. Este também vai estimular a atividade e secreção de citocinas inflamatórias destrutivas tornando-se, estes dois fatores, uma tendência à quebra do tecido periodontal. Os produtos do tabaco são, ainda, prejudiciais às células reparadoras do periodonto, como os cementoblastos, fibroblastos e osteoblastos que são responsáveis pela formação de cimento, tecido conjuntivo e osso, que é crucial para uma resposta positiva ao tratamento periodontal (Chaffee, Couch, & Ryder, 2016).

5.4. CÁRIE RADICULAR

De acordo com Hix & O’Leary a cárie radicular é caracterizada como uma lesão amolecida localizada na zona radicular do dente, com ou sem formação de cavitação, limites bem definidos, com alteração da cor e pode comprometer o esmalte dentário subjacente (Silva, 1995).

Atualmente a cárie radicular é considerada uma das doenças mais prevalentes na população idosa, contribuindo para a perda dentária e subsequentemente tem um impacto negativo nas funções do aparelho estomatológico (fonética, mastigação, função gustativa) que pode afetar na qualidade de vida desta população (Ritter, Shugars, & Bader, 2010).

Segundo um estudo realizado por Saura-Moreno et al. (2017) numa população espanhola com idades compreendidas entre os 35-44 anos, demonstraram uma maior prevalência de cárie radicular em indivíduos com hábito tabágico superior a 10 cigarros/dia. O mesmo estudo relata indivíduos com hábitos tabágicos superiores a vinte cigarros/dia exibem uma maior prevalência de cárie radicular ativa.

Segundo Fure (2004), num estudo transversal de dez anos com uma amostra de 65-85 adultos, conclui-se que existe uma correlação positiva entre o número de cigarros consumidos e a cárie radicular (Saura-Moreno, Cortés-Arcas, Fernández-Meseguer, Calvo-Bonacho, & Llodra-Calvo, 2017).

5.5. PIGMENTAÇÃO ORAL

O processo fisiológico responsável pelo aparecimento de pigmentação relaciona-se com a hemoglobina presente nos vasos e a melanina existente no epitélio (Fricain & Sibaud, 2017).

A taxa de prevalência de pigmentação gengival é variável consoante a etnia, sendo fisiologicamente mais comum na etnia com pele escura em comparação da etnia com pele clara. Aproximadamente 15% dos europeus apresentam pigmentação gengival mas pode ascender até aos 80% nos asiáticos. Estima-se que 21,5% dos fumadores apresentam pigmentação gengival e a intensidade correlaciona-se com a quantidade de consumo (Azam, Alireza, Hoorieh, & Yazdani, 2018).

Segundo Kato et al. (2017) a pigmentação da cavidade oral induzida pelo consumo de tabaco é superior em fumadores numa faixa etária mais jovens do que em adultos ou idosos e quando se inicia a cessação tabágica, a redução da pigmentação é menor em fumadores mais jovens (Kato et al., 2017).

Em alguns casos esta pigmentação da cavidade oral devida ao consumo de tabaco pode gerar melanose do fumador, uma patologia benigna, que consiste numa pigmentação mais clara que forma um véu na cavidade oral, sendo mais frequente na zona gengival (Fricain & Sibaud, 2017).

6. MÉDICO DENTISTA E A SUA IMPORTÂNCIA NA CESSAÇÃO TABÁGICA

Sendo o médico dentista um dos profissionais de saúde que, constantemente, contacta com a população geral, este tem ao seu dispor valências que lhe permitem analisar os efeitos e sinais do consumo de tabaco na cavidade oral. Com isto, os fumadores que recebem aconselhamento de profissionais de saúde onde se inserem os médicos dentistas, apresentam maior taxa de sucesso no âmbito da redução do consumo de tabaco,

bem como, na cessação destes hábitos quando comparados com aqueles que não recebem auxílio (Sood et al., 2014).

O médico dentista desempenha um papel importante na promoção da cessação tabágica ao integrar estratégias durante as consultas, permitindo assim contribuir para medidas de prevenção e controlo ao tabagismo (Awan, Hammam, & Warnakulasuriya, 2015; Dawson et al., 2013).

Segundo um estudo realizado por Myers Virtue et al. (2017) em relação á atitude dos estudantes de medicina dentária em relação à cessação tabágica na prática clínica, estes demonstraram-se motivados em adquirir mais conhecimentos e aptidões sobre as estratégias na promoção da cessação tabágica. Contudo, diversos médicos dentistas referem não estar devidamente preparados para prestar aconselhamento e auxílio devendo ser incluído e abordado este tema, no plano de estudos dos estudantes de medicina dentária, para que estejam aptos na divulgação e na promoção da cessação tabágica (Myers Virtue et al., 2017).

A comunicação entre os profissionais de saúde e os fumadores é considerada a chave de sucesso na intervenção da cessação tabágica, permitindo ao profissional de saúde avaliar todos os parâmetros clínicos necessários para promover e motivar para a mesma (Granda-Orive et al., 2019; Emilia Nunes et al., 2007).

A OMS defende que se deve optar por uma abordagem breve e incisiva por parte de todos os profissionais de saúde na rotina pessoal de trabalho. Estes são tidos como uma fonte de informação credível no aconselhamento dos fumadores para que consigam cessar ou reduzir os hábitos tabágicos (Dawson et al., 2013).

7. MEDIDAS DE PROMOÇÃO DA CESSAÇÃO TABÁGICA

7.1. ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DO CONTROLO E INTERVENÇÃO NA CESSAÇÃO TABÁGICA

A moderação do consumo de tabaco e do hábito tabágico a nível mundial deve fundamentar-se em estratégias da promoção, controlo e intervenção da cessação tabágica.

O indivíduo dependente da nicotina quando opta pela cessação, não sendo fácil visto que, a vontade de consumo de tabaco é muito comum, persiste durante algum tempo até que o desejo e os sintomas da privação sejam ultrapassados (Benowitz, 2010).

Uma das medidas de prevenção estabelecidas foi recorrer a campanhas preventivas através da comunicação de meios sociais, com o intuito de promover ou abordar a epidemia do tabaco, relatando as consequências diretas e indiretas associadas ao consumo do tabaco, enfatizando os benefícios da cessação tabágica (Emilia Nunes et al., 2007). Assim a Direção Geral de Saúde (DGS), no âmbito do artigo 21.º da Lei n.º37/2007, de 14 de Agosto, dita que se criem consultas especializadas de apoio a todos os indivíduos que apresentem hábitos tabágicos e que pretendam cessar o consumo de tabaco. Em Dezembro de 2007, foi lançado o “Programa-tipo de atuação em cessação tabágica” abrangendo todos os centros de saúde, hospitais públicos e centros de atendimento a alcoólicos e toxicodependentes que façam parte do Serviço Nacional de Saúde (SNS), para todos os funcionários e utentes (Direcção Geral de Saude, 2007).

Outra medida denomina-se de aconselhamento “Muito Breve”. É uma técnica muito simples e breve, a sua aplicação não leva mais que 3 minutos, posta em prática pelos profissionais de saúde e cuja finalidade é aconselhar o fumador a cessar o consumo de tabaco focando principalmente nos hábitos tabágicos do fumador. Para que a cessação tabágica seja bem-sucedida o primeiro passo é motivar o paciente a que aspire a deixar de fumar. O modelo “Muito Breve” é usado pelos profissionais de saúde portugueses e tem vindo a ser discutido e abordado pela *New Zealand Smoking Cessation*, com o intuito de facilitar todo o processo da intervenção da cessação tabágica, assim este aconselhamento muito breve baseia-se em (Binnie, 2008):

- *Ask* – Questionar acerca do hábito e rotina tabágica;
- *Brief* – Debater e orientar ideias sobre deixar de fumar;
- *Cessation* – Baseada na evidência científica e na abordagem dos 5’As que posteriormente será abordada

7.1.1. ALGORITMO INTERVENTIVO DA CESSAÇÃO TABÁGICA

Em 2002, a *WHO Europe* implementou a abordagem breve dos 5’As (*Ask, Assess, Advise, Assist, Arrange*) após uma revisão das diretrizes baseadas em evidências, em relação ao tratamento da dependência tabágica (Dawson et al., 2013).

A abordagem breve dos 5'As intenta na promoção de uma orientação concisa para a cessação tabágica. Originalmente proposto pela *US Clinical Practice Guideline*, baseado em cinco elementos, com o objetivo de fornecer orientações aos profissionais de saúde na promoção e aconselhamento de cessação tabágica (N. Zwar, Mendelsohn, & Richmond, 2011). A aplicação da abordagem dos 5'As inicia-se quando o indivíduo pretende cessar o hábito tabágico. A abordagem é feita de seguinte forma (Rebelo L., 2011; N. Zwar et al., 2011) (figura 2):

- *Ask* – O profissional de saúde ao acolher o indivíduo fumador na sua consulta deve abordá-lo acerca do uso do tabaco. Quando o indivíduo demonstra iniciativa em cessar os hábitos tabágicos, deve proceder-se ao registo de todos os dados clínicos relativamente ao consumo de tabaco, com o apoio de um programa informático clínico. Atualmente este programa já está disponível nos centros de saúde e a sua aplicação permite promover melhores resultados na cessação tabágica;
- *ASSESS* – Avaliar se existe vontade em cessar o consumo de tabaco. Para que se inicie o processo de cessação tabágica é muito importante e relevante que haja motivação por parte do indivíduo, para que possa delinear-se um aconselhamento em função do nível de preparação para cessar o consumo de tabaco;
- *Advise* – Aconselhar de forma clara, explícita e personalizada que todos os fumadores devem deixar de fumar. Para que se alcance taxas de abstinência e êxito, os profissionais de saúde devem optar por uma abordagem firme, empática, positiva e simples, que dê ênfase ao esforço em cessar o consumo de tabaco;
- *Assist* – Auxiliar os que se sentem prontos a colocar um ponto final nos hábitos tabágicos. Deve manter o contacto com o indivíduo e programar as consultas de *follow-up* com a finalidade de discutir os progressos alcançados e ajudar na persistência e na continuação do processo. Se consegue alcançar os resultados pretendidos que, neste caso, culminará na abstinência a longo prazo;
- *Arrange* – Programar o acompanhamento do indivíduo. É muito importante estabelecer e manter o contacto entre o profissional de saúde e o indivíduo. Deve prevenir a recaída e evitar situações de stress ou condições emocionais

depressivas. É necessário que se estabeleça uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo para que, caso aconteça alguma recaída, este seja capaz de informar ao profissional de saúde e traçar estratégias para preveni-la.

Quando o indivíduo não quer deixar de fumar ou quando todas as tentativas aplicadas previamente foram fracassadas, podemos recorrer a outra abordagem (técnica da entrevista motivacional) conhecida como 5'Rs (Rebelo L., 2011):

- *Relevância* – O profissional de saúde deve disponibilizar e fornecer toda a informação necessária ao indivíduo, dando relevância à importância da cessação do consumo de tabaco, evidenciando uma lista dos benefícios para ele e para os que lhe são próximos.
- *Riscos* – Devem ser identificados os riscos a curto e longo prazo para o indivíduo e para terceiros, caso este continue a fumar. Devem também ser esclarecidos e clarificados todos os mitos relacionados com o facto de se deixar de fumar;
- *Recompensas* – Deve recompensar-se o paciente sempre que algo de bom acontece, uma vez que, a dependência nicotínica associada ao prazer que muitos fumadores apresentam, dificulta todo o processo de intervenção tabágica;
- *Resistências* – Devem ser questionadas as resistências existentes para que ainda não tenha sido possível cessar o hábito tabágico. Nesta etapa o profissional de saúde apresenta um papel de extrema importância. Entre os diversos obstáculos e adversidades ate objetivo final de cessação tabágica, os mais relevantes são o meio social e familiar;
- *Repetição* – Deve repetir-se este procedimento em todas as consultas, demonstrando alguma sensibilidade ao transmitir a informação tendo em consideração a reação do paciente. Deve ter-se em consideração que a alteração e vontade de cessar o hábito tabágico não é constante, adaptando individualmente em cada caso.

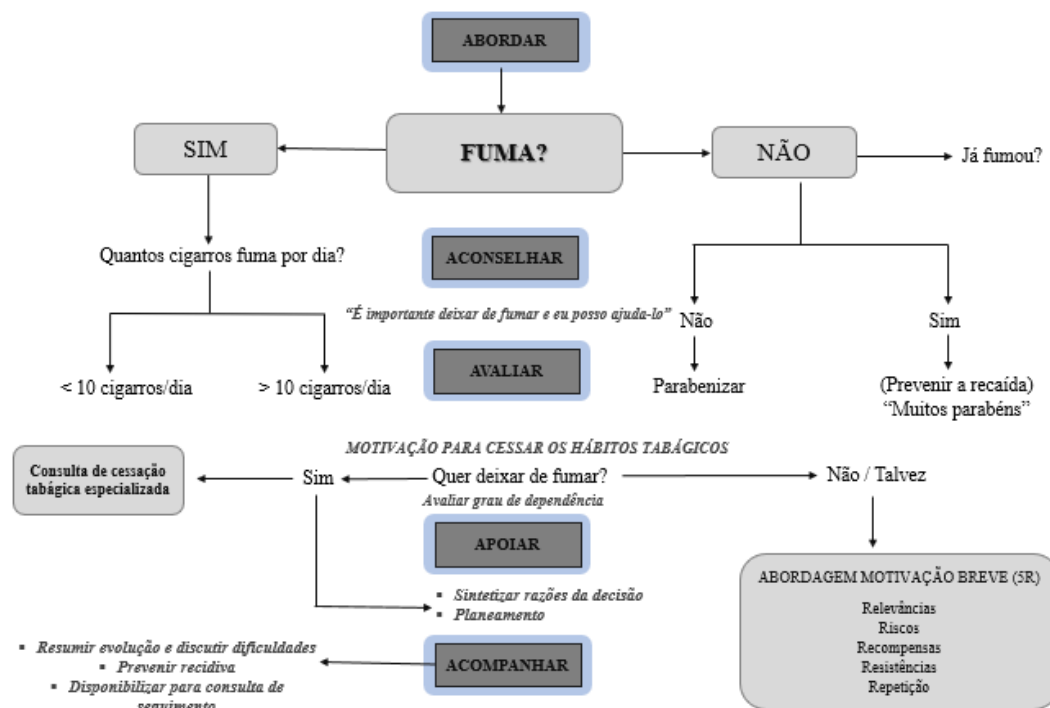


Figura 2 - Esquema representativo do algoritmo interventivo da cessação tabágica (Adaptado de Fiore MC Bailey, W.C., Cohen s.j. et al. (2000))

7.2. TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA

Segundo as directrizes da DGS é aconselhável que todos os indivíduos que consomem diariamente mais de 10 cigarros/dia, devam ser incentivados a recorrer a uma terapêutica farmacológica (DGS, Circular Normativa nº26/DSPPS de 28/12/07).

A biodisponibilidade de nicotina num cigarro é quase 100%, ao passo que, quando obtida através da terapêutica de substituição da nicotina (TSN) é muito inferior. A finalidade da TSN é conservar uma concentração plasmática de nicotina inferior após a utilização do cigarro. Assim, a TSN atua nos sintomas de abstinência eliminando-os parcialmente (Aubin, Luquiens, & Berlin, 2014).

Relativamente à TSN existem diversas formulações farmacêuticas com diferentes dosagens e características farmacocinéticas específicas: pastilhas e gomas, comprimidos sublinguais, inaladores bucais, sistemas transdérmicos e spray nasal. (Martins & Capela, 2010). Em Portugal, a TSN não é comparticipada pelo Sistema Nacional de Saúde.

A literatura refere um aumento das palpitações cardíacas no grupo que foi administrado o TSN (2,5%) em comparação como grupo placebo (1,4%), apesar de ser

uma reação adversa incomum. Entretanto outros estudos ao analisar a incidência de reações adversas em pacientes com patologias cardíacas, não demonstraram a existência de um risco maior com o uso da TSN (Cahill, Lancaster, & Perera, 2013; Stead et al., 2012).

A aplicação de farmacoterapia (tratamento de paciente com recurso a medicação) é considerada uma opção terapêutica para indivíduos dependentes da nicotina. O uso dos fármacos para cessação de hábitos tabágicos tem como finalidade atenuar os sintomas de abstinências nicotínica, prevenir nas recaídas e reduzir o prazer associado ao consumo de tabaco (Marques, Esteves, & Hespanhol, 2013).

A seleção terapêutica deve ser personalizada e individual conforme a necessidade e as características clínicas, sendo adequada à preferência do utente (Zwar, Mendelsohn, & Richmond, 2014)

7.2.1. FÁRMACOS DE PRIMEIRA LINHA

Bupropiona - A bupropiona, ou também conhecido como anfebutamona, é um antidepressivo da classe das cetoaminas, sendo o primeiro fármaco não nicotínico aprovado para o tratamento de dependência de tabaco em 1997. A bupropiona inibe a recaptação das catecolaminas e da serotonina, mas em menor quantidade que a captação *pré-sináptica* de dopamina e noradrenalina do cérebro, estando o seu mecanismo de ação relacionado com a inibição dos mecanismos noradrenérgicos e dopaminérgicos. A bupropiona exibe uma ação antidepressiva e minimiza os sintomas da abstinência nicotínica. As reações adversas mais comuns associadas a esta substância são: insónia, xerostomia, cefaleias, ansiedade, irritabilidade, tremor, náuseas, hipersudação e hipertensão. Foram demonstrados episódios de convulsões (0,1%) em pacientes administrados com bupropiona. A dose recomendada deste fármaco é de duas tomas de 150mg intervaladas pelo menos de 8h, devendo iniciar-se a primeira toma 7-10 dias antes do processo da cessação tabágica. O tratamento tem uma duração de 8 semanas (Marques et al., 2013; Martins & Capela, 2010; N. A. Zwar et al., 2014).

Vareniclina - A vareniclina é um agonista parcial da nicotina, possuindo alguns efeitos semelhantes a esta e bloqueando os seus efeitos. Esta substância foi aprovada em 2006 pela FDA para tratamento da cessação tabágica. O seu mecanismo de ação como

agonista/antagonista parcial com afinidade e seletividade aos recetores de acetilcolina nicotínicos $\alpha 4\beta 2$, permite reduzir os sintomas de abstinência nicotínica e a necessidade de fumar. As reações adversas mais frequentes foram náuseas e vômitos. A administração ocorre por via oral e frequentemente é bem tolerada apresentando poucas interações farmacológicas. A dose deve aumentar progressivamente, nos três primeiros dias deverá ser de 0,5mg 1x por dia, do 4º dia até ao 7º deverá ser de 0,5mg 2x por dia e a partir do oitavo dia até ao fim do tratamento deve-se administrar 1mg 2x por dia. O tratamento deve iniciar-se 7-14 dias antes do utente cessar o consumo de tabaco. A duração do tratamento tem um prazo, normalmente, estabelecido de 12 semanas, no entanto este tempo pode aumentar dependendo do indivíduo (Marques et al., 2013; Martins & Capela, 2010).

Segundo *Hughes JR et al*, 2004 os resultados de três estudos que testam a bupropiona e a vareniclina apresentaram que a probabilidade de o doente parar de fumar com a bupropiona é menor (Marques et al., 2013).

7.2.2. FÁRMACOS DE SEGUNDA LINHA

Clonidina – A clonidina é um medicamento da linha dos anti-hipertensores agonista $\alpha 2$ que atua diminuindo o fluxo simpático. Esta foi inicialmente aprovada pela FDA para tratamento dos sintomas associados à privação de álcool e opiáceos, e não para parar de fumar. Contudo, estudos iniciais demonstraram alguma eficácia no âmbito da cessação tabágica ainda que somente entre as mulheres. Os efeitos adversos mais comuns provenientes deste fármaco são a boca seca e a sedação. Em termos de eficácia, por esta ser limitada, impede o seu uso generalizado. A dose recomendada deste fármaco é entre 0,15mg e 0,75mg, por dia, durante um período de três a dez semanas, sendo necessários ajustes nas doses e vigilância constante (Aubin et al., 2014; Martins & Capela, 2010).

Nortriptilina - A nortriptilina apresenta-se como um fármaco antidepressivo tricíclico que atua bloqueando a recaptção de norepinefrina e serotonina. Acredita-se que é desta forma e através deste mecanismo que os sintomas de abstinência do tabaco são reduzidos. Contudo a forma de atuação na cessação tabágica ainda não se encontra bem esclarecida. Embora a nortriptilina seja reconhecida como um fármaco auxiliar na cessação tabágica, os efeitos adversos impediram que esta fosse aprovado pela FDA para

a cessação do tabagismo, mas aprovada para casos de tratamento da depressão. A dose recomendada deste fármaco é de 75mg a 100mg, diariamente. Inicialmente deve começar-se por uma dosagem de 50mg por dia ou de forma gradual com 25mg durante três dias, aumentando em duas vezes, depois a dose por um período de quatro dias, passando para as 75mg dia durante doze semanas (Aubin et al., 2014; Martins & Capela, 2010).

7.3. BENEFÍCIOS DA CESSAÇÃO TABÁGICA

Os benefícios da cessação tabágica são evidentes desde o consumo do último cigarro e prevalecem ao longo do tempo (Emilia Nunes et al., 2007).

Após a cessação tabágica manifestam-se as seguintes alterações no nosso corpo: (DGS, Circular Normativa nº26/DSPPS de 28/12/07; Nunes et al., 2007):

- 20 minutos depois, acontece uma diminuição do ritmo cardíaco;
- 12 horas depois, os níveis de CO presentes no sangue, retornam à normalidade;
- 2 semanas a 3 meses depois, a função desenvolvida pelos pulmões aumenta e o risco de enfarte agudo do miocárdio diminui;
- 1 a 9 meses depois, a eventualidade de acontecer tosse e dispneia baixam;
- 1 ano depois, comparativamente a um fumador, o risco de ocorrência de doença cardíaca coronária é metade;
- 5 anos depois, o perigo de acontecer um acidente vascular cerebral é igual ao de um não fumador;
- 10 anos depois, a possibilidade de aparecimento de cancro no pulmão é aproximadamente metade do que a de um fumador. A probabilidade de ocorrência de cancro da bexiga, boca, esófago, faringe, rim e pâncreas também decrescem;
- 15 anos depois, em relação a um não fumador, a hipótese de surgir doença cardíaca coronária é igual;
- No decorrer da gravidez ou antes vai existir uma diminuição da possibilidade de ter uma criança com baixo peso;

- Em indivíduos que apresentem doença pulmonar obstrutiva crónica, doença arterial periférica, cancro do colo do útero e úlcera peptídica, verifica-se um decréscimo da morbilidade;

II. OBJETIVOS DO ESTUDO

Os objetivos deste projeto são:

- Determinar a prevalência dos hábitos tabágicos nos pacientes da consulta de MDPCA II do Instituto Universitário Egas Moniz;
- Relacionar os hábitos tabágicos com as variáveis socioeconómicas;
- Relacionar a dependência tabágica com as variáveis socioeconómicas;
- Avaliar a eficácia na aplicação de um algoritmo interventivo na cessação tabágica.

III. HIPÓTESES DO ESTUDO

As hipóteses desta investigação são:

- A prevalência dos hábitos tabágicos está associada aos fatores socioeconómicos;
- A dependência tabágica está associada aos fatores socioeconómicos;
- A motivação para deixar os hábitos tabágicos está associada na aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica;

IV. MATERIAIS E MÉTODOS

1. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Para a realização deste estudo foi feita uma pesquisa bibliográfica, recorrendo aos motores de pesquisa *Pubmed/MEDLINE*, *Scopus*, *Science Direct*, *Cochrane Library*, *Google Scholar* e outras fontes secundárias. Em relação aos limites da pesquisa empregou-se as equações boolianas para analisar os artigos em português, inglês, espanhol e francês disponível em texto completo e outros estudos baseados em evidências, empregando as seguintes palavras-chave: *dentistry*, *dental management*, *epidemiology*, *nicotine*, *oral cancer*, *periodontal disease*, *primary health care*, *fagerström test*, *pharmacological treatment*, *public health*, *root carie*, *smoking cessation*, *tobacco*, *tobacco cigarettes*, *tobacco use* e *xerostomy* entre janeiro e setembro de 2019.

2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido previamente à autorização da Direção Clínica da Clínica Dentária Egas Moniz e à aprovação da Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz. Os participantes envolvidos no estudo assinaram previamente o Consentimento Informado, de acordo com a “Declaração de Helsínquia” e a Legislação Nacional em vigor, em que constam as vantagens, objetivos e riscos possíveis da pesquisa, bem como os benefícios desejados e a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados obtidos, com finalidade estatística. Todos os participantes colaboradores neste estudo fizeram-no de forma voluntária, sem qualquer incitamento.

3. TIPO DE ESTUDO

O estudo em questão trata-se de um estudo piloto com carácter transversal.

4. LOCAL DO ESTUDO

O presente projeto foi realizado na Clínica Dentária Egas Moniz do Instituto Universitário Egas Moniz, localizada no Campus Universitário Egas Moniz – Cooperativa de Ensino Superior, CRL, Quinta da Granja, Monte da Caparica, 2829-511 Caparica, Portugal.

5. SELEÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por 100 indivíduos selecionados de forma aleatória dos pacientes que compareceram nas consultas da unidade curricular de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária Avançada II (MDPCA II), entre o período de fevereiro e maio do ano letivo de 2018/2019, na clínica dentária do Instituto Universitário Egas Moniz e que cumprissem os critérios de inclusão.

6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão deste estudo foram:

- Indivíduos de ambos os géneros;
- Indivíduos que apresentem hábitos tabágicos;
- Indivíduos cuja idade seja igual ou superior a 18 anos;
- Indivíduos que assinaram previamente o consentimento de participação no estudo.

Os critérios de exclusão deste estudo foram:

- Indivíduos que carecem de hábitos tabágicos;
- Indivíduos com idade inferior a 18 anos;
- Indivíduos que recusaram participar no estudo.

7. TESTES UTILIZADOS

- O Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina - para avaliar, quantificar e qualificar o grau de dependência tabágica.
- O algoritmo interventivo em cessação tabágica - para promover a cessação tabágica.

8. QUESTIONÁRIO UTILIZADO

O questionário aplicado é composto por 3 partes distintas, designadas por A, B e C. No grupo A, as questões estão relacionadas com as variáveis sociodemográficas e socioeconómicas. No grupo B, as questões são alusivas à caracterização e atitude do consumo de tabaco e à dependência tabágica. No grupo C, aplica-se o algoritmo interventivo na cessação tabágica.

- **No grupo A**, as questões foram compostas por 6 perguntas fechadas relativas às variáveis sociodemográficas e socioeconómicas, tais como (respetivamente):
 - Género;
 - Idade;
 - Estado civil;
 - Nível de escolaridade;
 - Rendimento familiar;
 - Situação laboral.
- **No grupo B**, as questões foram compostas por 9 perguntas fechadas, em que 3 perguntas se relacionam com a caracterização e atitude do consumo de tabaco e 6 perguntas do Teste de Fagerström que avalia a dependência tabágica.
 - a) Caracterização e atitude do consumo de tabaco:
 - “Fumador: Ocasional ou diário?”;
 - “Que tipo de cigarro fuma?”;
 - “Já alguma vez deixou ou pensou deixar de fumar?”.

- b) Teste de Fagerström – composta por 6 perguntas para avaliação da dependência tabágica. Cada pergunta apresenta diversas respostas, em que cada resposta será atribuída uma cotação ou valor (tabela 3).

Tabela 3 - Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (Adaptado de (Heatherton et al., 1991))

Questões	Respostas	Pontuação
1. Quando fuma o 1º cigarro depois de acordar?	Nos primeiros 5 minutos	3 pontos
	Entre os primeiros 6 minutos e os 30 minutos	2 pontos
	Entre os primeiros 31 a 60 minutos	1 ponto
	Após 60 minutos	0 pontos
2. Tem dificuldade em não fumar em locais públicos?	Sim	1 ponto
	Não	0 pontos
3. Qual o cigarro que lhe custaria mais não fumar?	O primeiro do dia	1 ponto
	Qualquer outro	0 pontos
4. Quantos cigarros fuma por dia?	>40 cigarros/dia	3 pontos
	21 – 40 cigarros/dia	2 pontos
	10 – 20 cigarros/dia	1 ponto
	<10 cigarros/dia	0 pontos
8. Durante as primeiras horas, depois de acordar, fuma mais que no resto do dia?	Sim	1 ponto
	Não	0 pontos
9. Fuma mesmo estando doente ou acamado?	Sim	1 ponto
	Não	0 pontos

O somatório da cotação obtida permite identificar o grau de dependência tabágica que varia de 0-10 pontos e pode quantificar de seguinte maneira:

- Entre 0-3 pontos - dependência baixa;

- Entre 4-6 pontos - dependência média;
 - Entre 7-10 pontos - dependência alta.
- **No grupo C**, a aplicação do algoritmo interventivo da cessação tabágica para promover a cessação tabágica. Após 2-4 semanas da aplicação do questionário, a amostra foi contactada por via telefónica com intuito de obter o *feedback* da aplicação do algoritmo interventivo da cessação tabágica (figura 3).

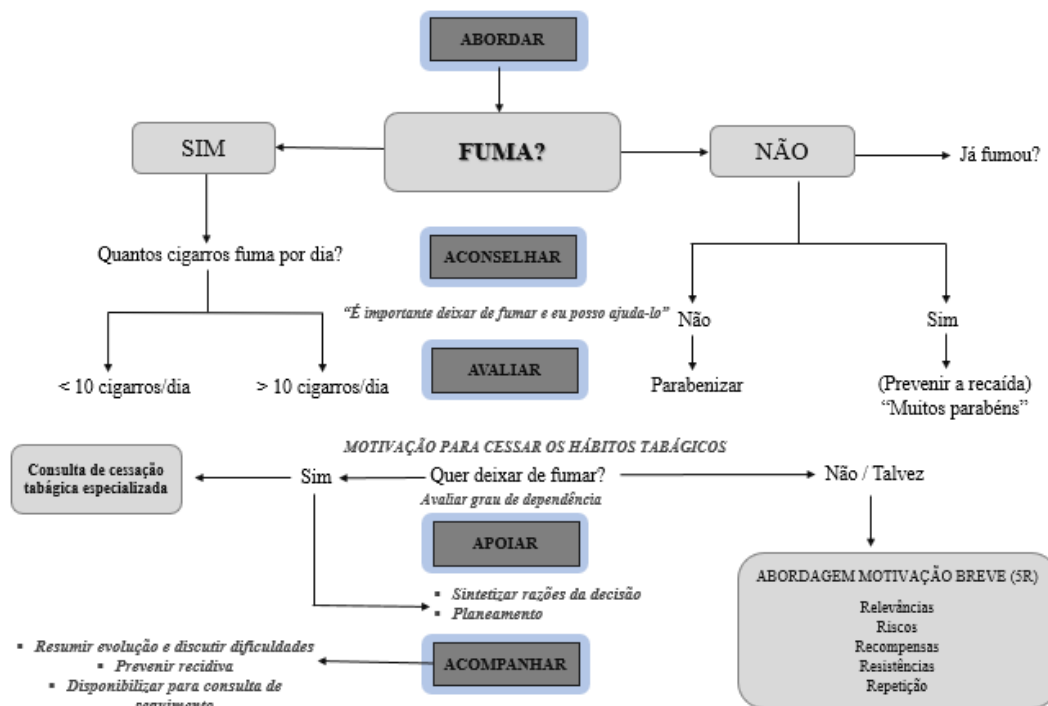


Figura 3 - Esquema representativo do algoritmo interventivo da cessação tabágica (Adaptado de Fiore MC Bailey, W.C., Cohen s.j. et al. (2000))

9. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O questionário foi aplicado presencialmente e em forma de entrevista, durante as consultas de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária da Clínica Dentária Egas Moniz. Os questionários foram numerados de 1 a 100 e distribuíram-se de forma aleatória aos participantes que cumpriram os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Para preservar a confidencialidade de cada participante, foi elaborado uma tabela com a correspondência do número do questionário e do processo do participante.

10. VARIÁVEIS DE ESTUDO

No estudo em questão foram relacionadas e avaliadas duas categorias de variáveis, as independentes e as dependentes, estas diretamente influenciadas pelo comportamento das primeiras.

10.1. VARIÁVEIS DEPENDENTES

A prevalência do consumo de tabaco e a dependência tabágica dos pacientes que frequentaram a consulta de MDPCA II do Instituto Universitário Egas Moniz, assim como o algoritmo interventivo na cessação tabágica.

10.2. VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Nesta categoria de variáveis inserem-se as variáveis demográficas e socioeconómicas (género, idade, estado civil, nível de escolaridade, rendimento familiar e situação laboral).

11. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados recolhidos na investigação foram submetidos a análise estatística descritiva e inferencial através do *software IBM SPSS®* versão 24.0. Todos os dados foram inicialmente registados em ficheiros do programa Microsoft® Excel®.

V. RESULTADOS

1. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1.1.VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

1.1.1. GÉNERO

Relativamente ao género a amostra divide-se em 60 indivíduos do sexo feminino (60%), sendo a mais prevalente e 40 indivíduos do sexo masculino (40%) (tabela 4 e gráfico 2).

Tabela 4 - Análise descritiva do género dos intervenientes no estudo

Género	Frequência (n)	Percentagem (%)
Feminino	60	60
Masculino	40	40
Total	100	100

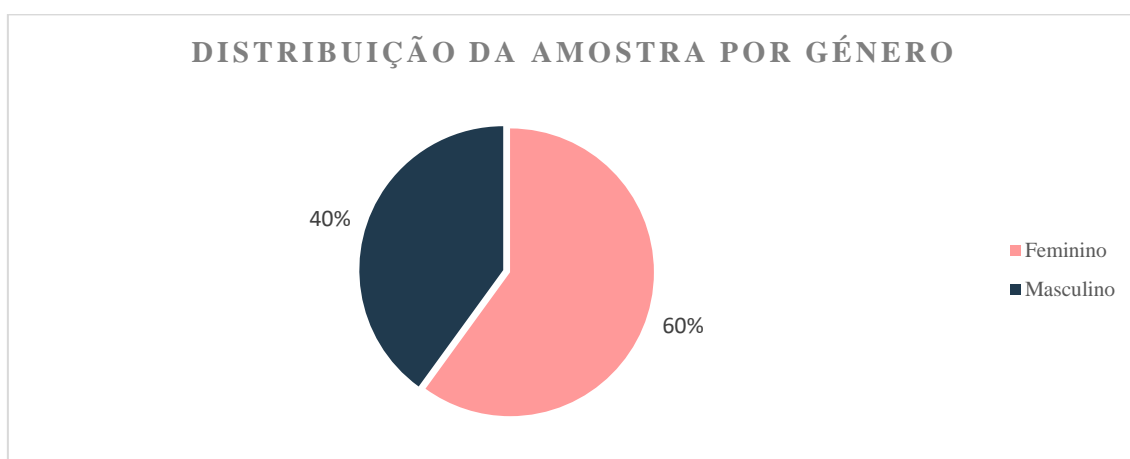


Gráfico 2 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por género

1.1.2. FAIXA ETÁRIA

A faixa etária da amostra estende-se desde os 18-74 anos, onde foram divididas em grupos consoante as respostas obtidas com intervalo de 9 anos, à exceção do primeiro grupo com um intervalo de 6 anos. O grupo 18-24 anos é composto por 34 indivíduos

(34%), do grupo 25-34 anos é composto por 16 indivíduos (16%), do grupo de 35-44 anos é composto por 17 indivíduos (17%), do grupo 45-54 anos é composto por 20 indivíduos (20%), do grupo 55-64 anos é composto por 10 indivíduos (10%) e dos 65-74 anos é composto por 3 indivíduos (3%).

Podemos afirmar que o grupo mais prevalente foi o grupo de 18-24 anos (tabela 5 e gráfico 3).

Tabela 5 - Análise descritiva da faixa etária dos indivíduos no estudo

Idade	Frequência (n)	Percentagem (%)
18-24	34	34
25-34	16	16
35-44	17	17
45-54	20	20
55-64	10	10
65-74	3	3
Total	100	100

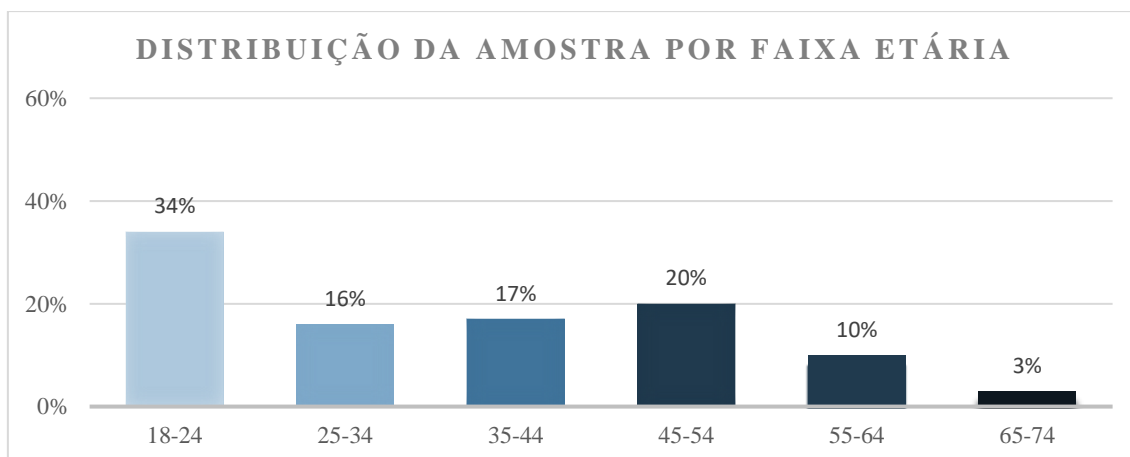


Gráfico 3 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por faixa etária

1.1.3. ESTADO CIVIL

No que respeita ao estado civil, a amostra é composta por 56 indivíduos solteiros (56%) sendo o mais prevalente, 30 indivíduos casados(as) ou em união de facto (30%),

10 indivíduos como separados(as) de facto ou divorciados(as) (10%) e apenas 4 indivíduos como viúvos(as) (4%) (gráfico 4).

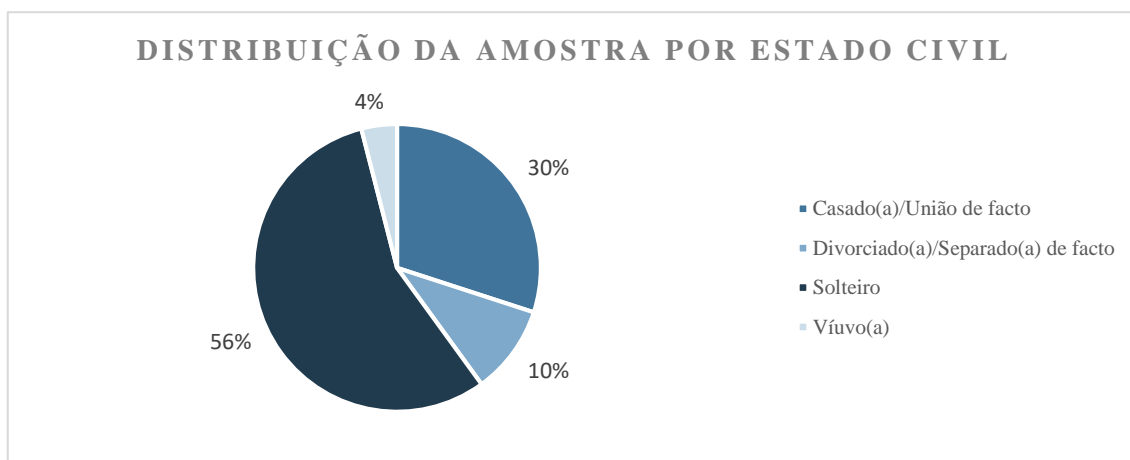


Gráfico 4 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por estado civil

1.1.4. ESCOLARIDADE

No que diz respeito à escolaridade, cerca de 5 indivíduos correspondem à escolaridade até ao 4ºano (5%), 3 indivíduos correspondem até ao 7ºano (3%), 12 indivíduos correspondem até ao 9ºano (12%), 29 indivíduos correspondem até ao 12ºano (29%) e 51 indivíduos correspondem ao curso superior (51%) (gráfico 5).

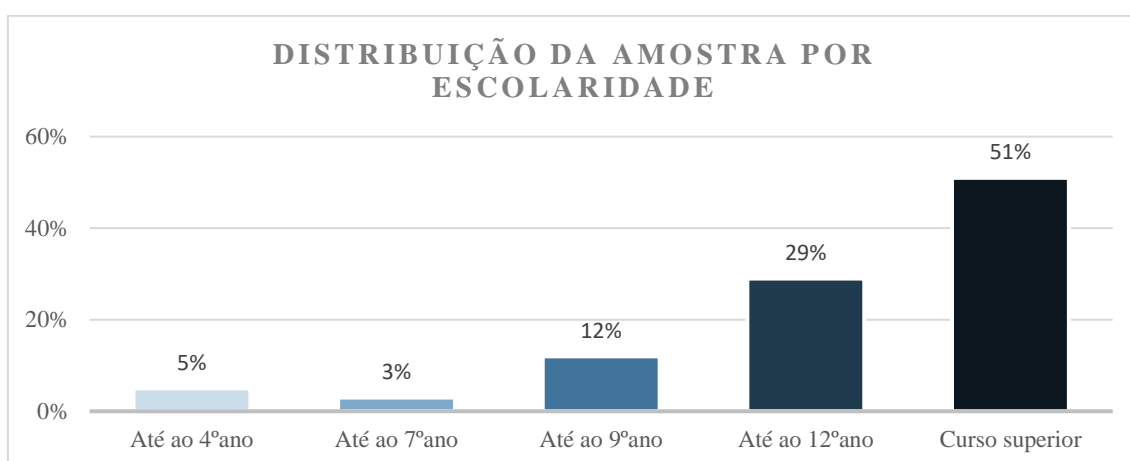


Gráfico 5 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por escolaridade

1.2. VARIÁVEIS SOCIOECONÓMICAS

1.2.1. RENDIMENTO FAMILIAR

Relativamente ao rendimento familiar, cerca de 11 indivíduos afirmam que o seu rendimento familiar é <1 salário mínimo (11%), 25 indivíduos afirmam que o seu rendimento familiar entre 1 e 2 salários mínimos (25%), 22 indivíduos afirmam que o seu rendimento familiar entre 2 a 4 salários mínimos (22%), 12 indivíduos afirmam que o seu rendimento familiar >4 salários mínimos (12%) e 30 indivíduos afirmam que não sabem/não respondem (30%) (gráfico 6).

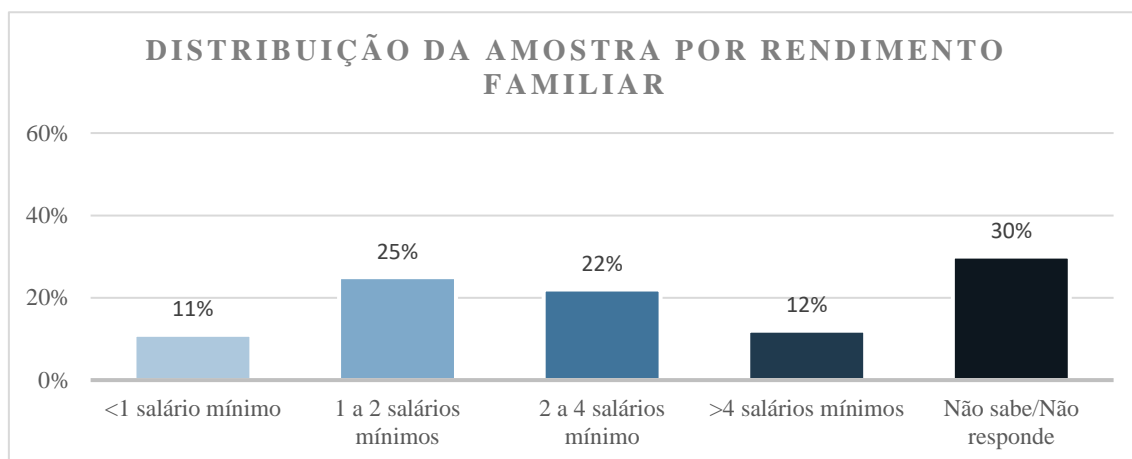


Gráfico 6 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por rendimento familiar

1.2.2. PROFISSÃO

Em relação à profissão, cerca de 74 indivíduos estavam empregados(as) (74%), sendo o mais prevalente, 18 indivíduos estavam desempregados(as) (18%) e apenas 8 indivíduos estavam como reformados(as) (8%) (gráfico 7).

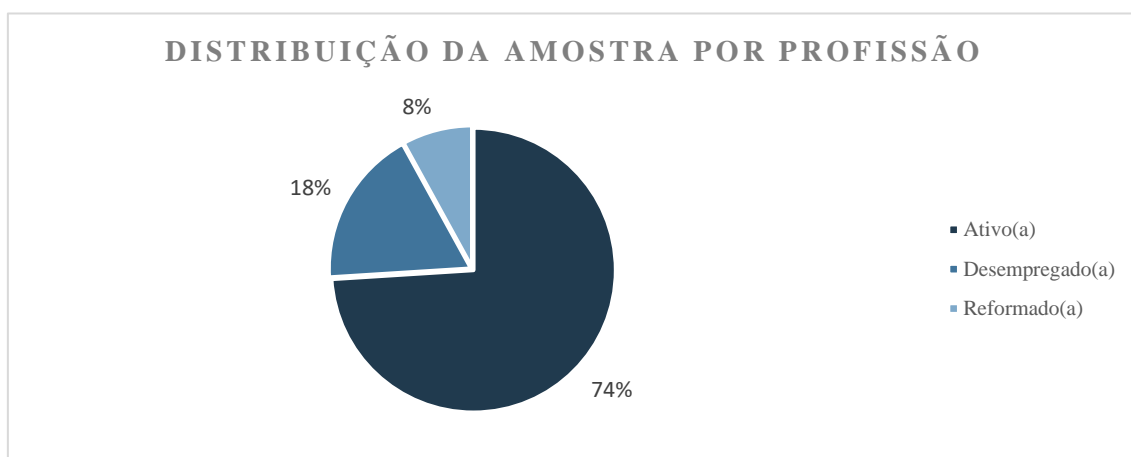


Gráfico 7 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por profissão

1.3.HÁBITOS TABÁGICOS

1.3.1. TIPO DE CONSUMO

Em relação à questão “Fumador?” todos os indivíduos da amostra responderam como fumadores diários (100%) (gráfico 8).

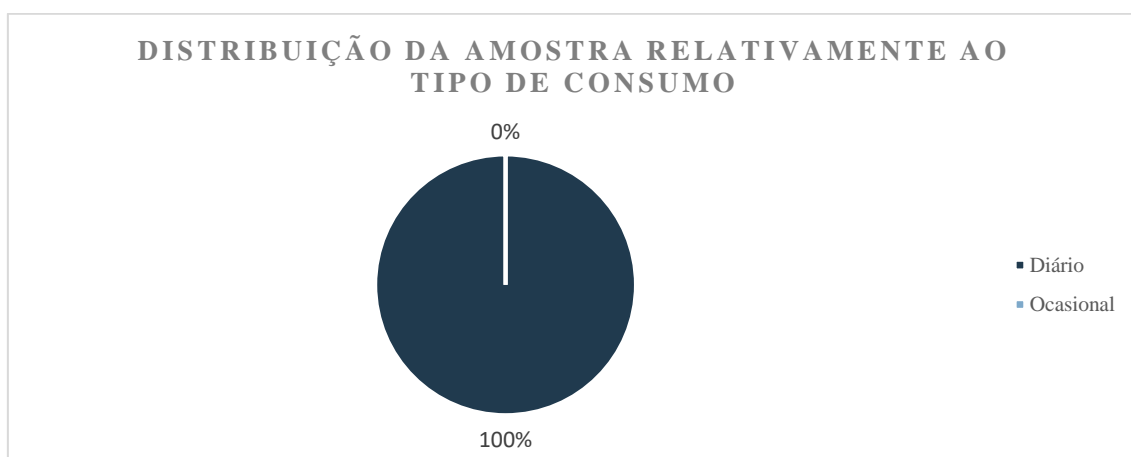


Gráfico 8 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra em relação ao tipo de consumo

1.3.2. NÚMERO DE CIGARROS/DIA

Em relação à questão “Quantos cigarros fuma por dia?”, cerca de 67 indivíduos fumavam entre os 10-20 cigarros/dia (67%), sendo o grupo mais prevalente, 24 indivíduos fumavam até 10 cigarros/dia (24%), 8 indivíduos fumavam 21-40 cigarros/dia (8%) e apenas 1 indivíduo fumava mais de 40 cigarros/dia (1%) (gráfico 9).

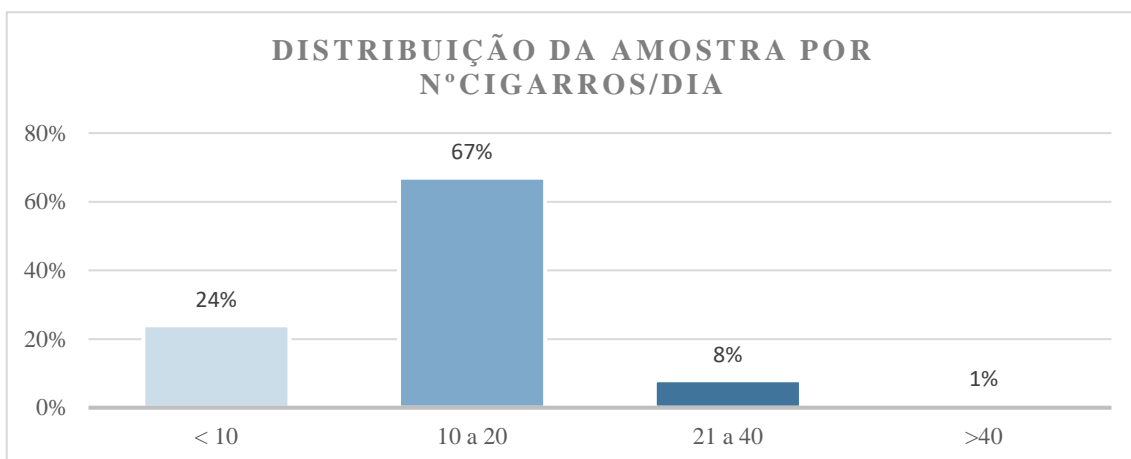


Gráfico 9 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por nº cigarros/dia

1.3.3. FORMA DE CONSUMO

Em relação à questão “Que tipo de cigarros fuma?”, cerca de 78 indivíduos responderam cigarro (78%), 10 indivíduos responderam cigarro eletrónico (10%), 9 indivíduos responderam cigarro de enrolar (9%) e 3 indivíduos responderam cigarrilha (3%) (gráfico 10).

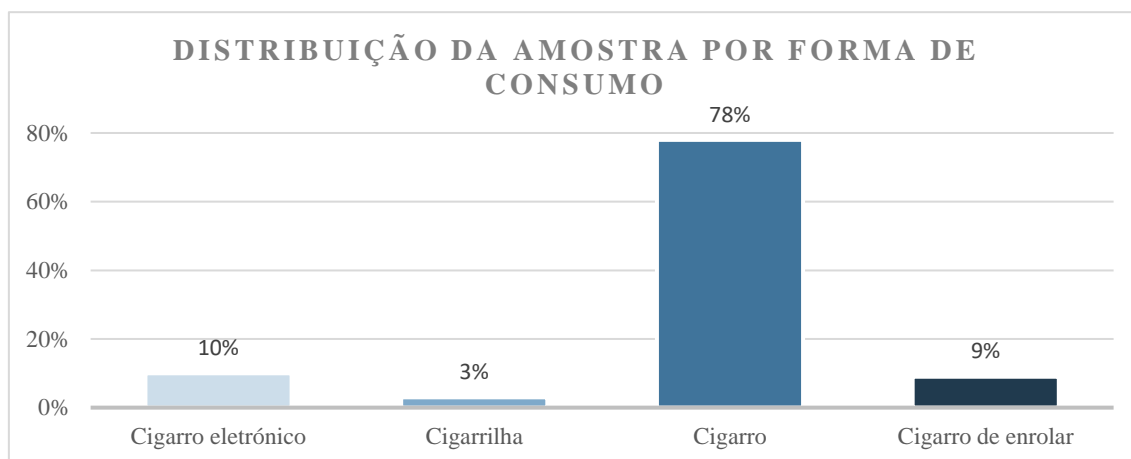


Gráfico 10 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por forma de consumo

1.3.4. PRIMEIRO CIGARRO DO DIA

Em relação à questão “Quando fuma o 1º cigarro depois de acordar?”, cerca de 48 indivíduos afirmam que fumam o 1º cigarro 60 minutos após o acordar (48%), 24 indivíduos afirmam entre os primeiros 31-60 minutos após o acordar (24%), 21 indivíduos afirmam entre os 6 -30 minutos após o acordar (21%) e apenas 7 indivíduos afirmam ser nos primeiros 5 minutos após o acordar (7%) (gráfico 11).

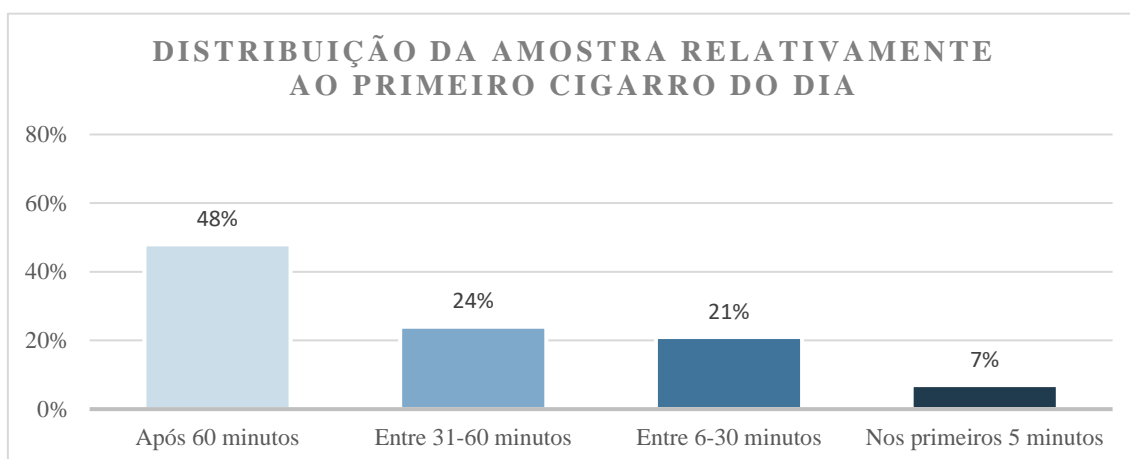


Gráfico 11 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra relativamente ao primeiro cigarro do dia

1.3.5. PENSAR EM DEIXAR DE FUMAR

Relativamente à questão “Já alguma vez deixou ou pensou deixar de fumar?” cerca de 88 indivíduos, afirmam que sim (88%) e apenas 12 indivíduos afirmam que não (12%) (gráfico 12).

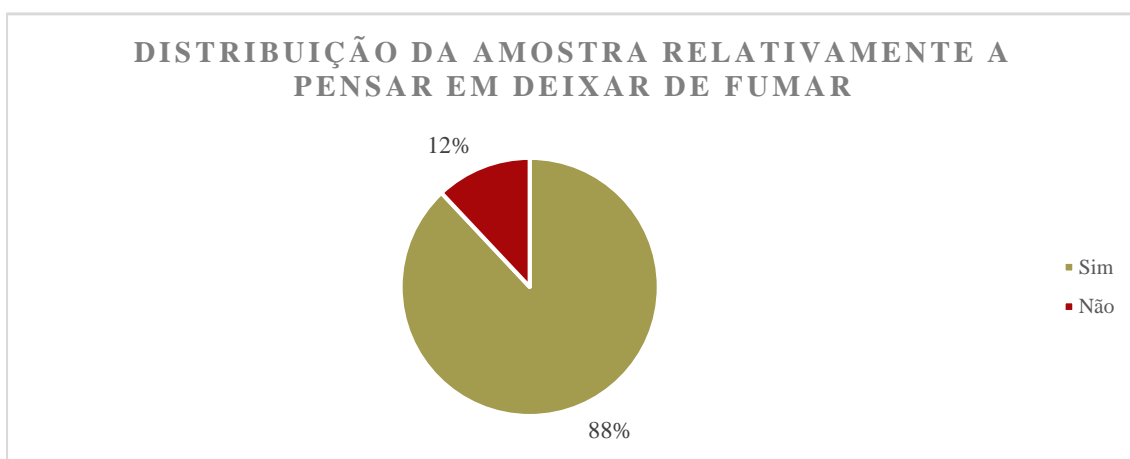


Gráfico 12 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra relativamente a pensar em deixar de fumar

Em relação à questão “Tem dificuldade em não fumar em locais públicos? (ex: igrejas, local de trabalho, cinemas, centros comerciais, etc)?”, cerca de 79 indivíduos afirmam que não apresentam dificuldade (79%) e 21 indivíduos afirmam que sim, apresentam dificuldade (21%) (gráfico 13).



Gráfico 13 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra relativamente à dificuldade em não fumar em locais públicos

1.3.7. CIGARRO QUE CUSTARIA MAIS NÃO FUMAR

Relativamente à questão “Qual o cigarro que lhe custaria mais não fumar?”, cerca de 53 indivíduos afirmam com o primeiro do dia (53%) e 47 indivíduos afirmam que qualquer outro (47%) (gráfico 14).

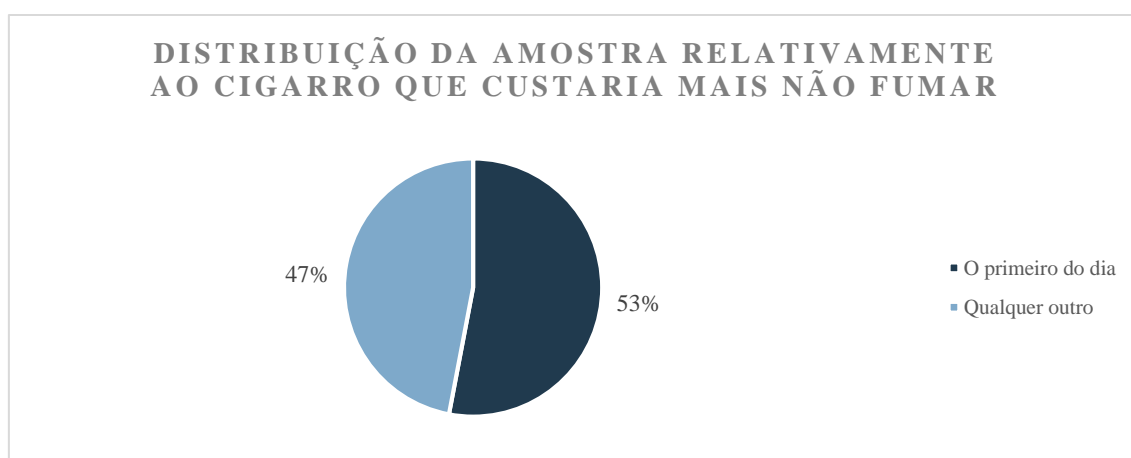


Gráfico 14 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra relativamente ao cigarro que custaria mais não fumar

1.3.8. DEPENDÊNCIA NAS PRIMEIRAS HORAS DO DIA

Em relação à questão “Durante as primeiras horas, depois de acordar, fuma mais que no resto do dia?” cerca de 12 indivíduos afirmam que sim (12%) e 88 indivíduos afirmam que não (88%) (gráfico 15).

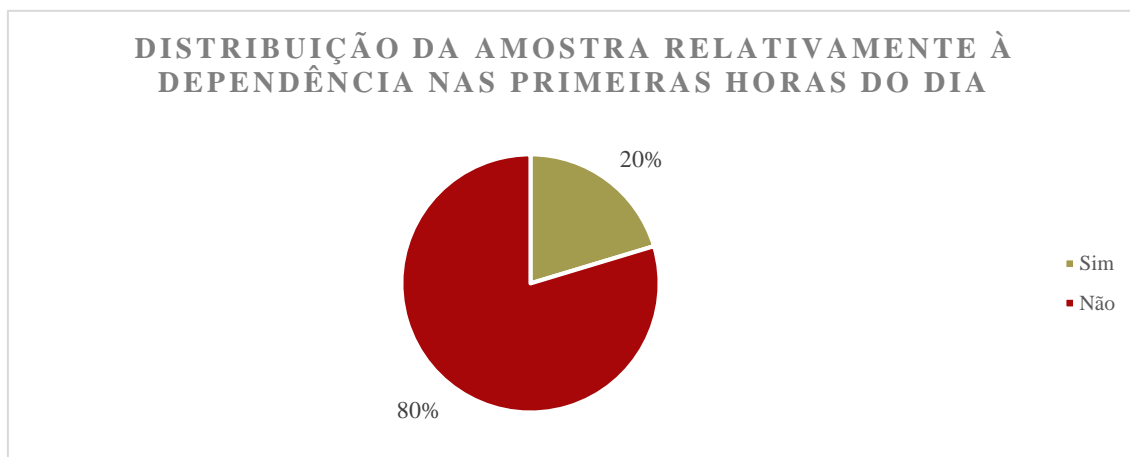


Gráfico 15 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra relativamente à dependência nas primeiras horas do dia

1.3.9. DEPENDÊNCIA TABÁGICA RELATIVAMENTE À DOENÇA

Relativamente á questão “Fuma mesmo estando doente ou acamado?”, cerca de 52 indivíduos afirmam que sim (52%) e 48 indivíduos afirmam que não (48%) (gráfico 16).

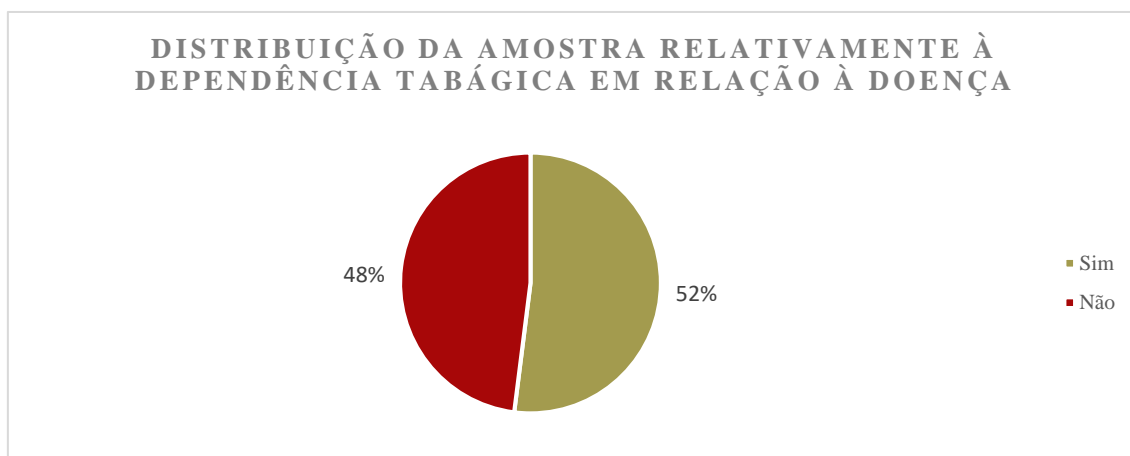


Gráfico 16 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra relativamente à dependência tabágica em relação à doença

2. RELAÇÃO ENTRE HÁBITOS TABÁGICOS E VARIÁVEIS SOCIOECONÓMICAS

2.1.RELAÇÃO ENTRE HÁBITOS TABÁGICOS E RENDIMENTO FAMILIAR

Observou-se uma prevalência de consumo de 10-20 cigarros/dia no grupo com o rendimento familiar de “1-2 salário mínimo” (n=19) e “2-4 salários mininos” (n=14) e no grupo que respondeu “Não sabe/Não responde” (n=18) (gráfico 17).

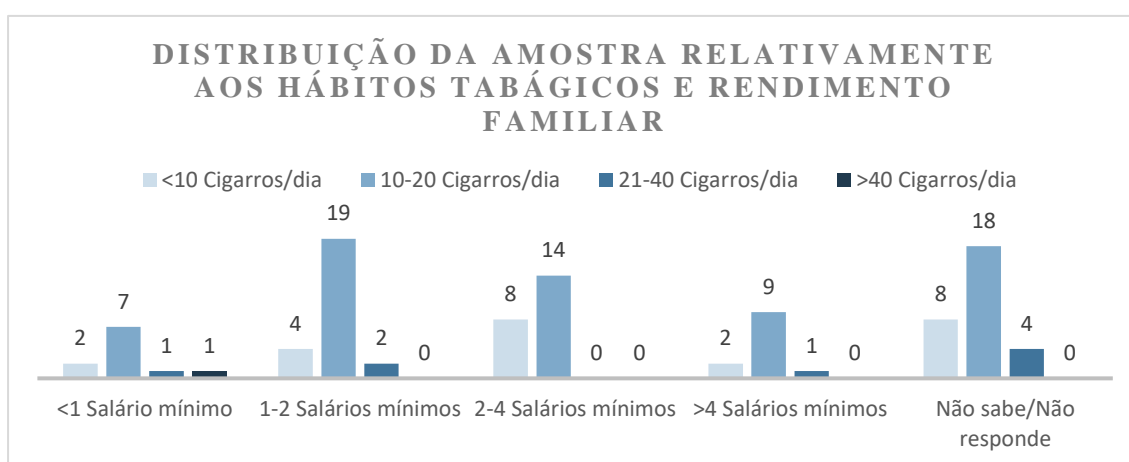


Gráfico 17 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação dos hábitos tabágicos com o rendimento familiar

Recorrendo ao Teste do Qui-Quadrado, para análise de associação entre as variáveis do hábito tabágico e o rendimento familiar, concluiu-se que não se verifica associação ($p > 0,05$).

2.2.RELAÇÃO ENTRE HÁBITOS TABÁGICOS E SITUAÇÃO FACE AO EMPREGO

Observou-se uma prevalência de consumo de 10-20 cigarros/dia no grupo com emprego ativo (n=49). (gráfico 18)

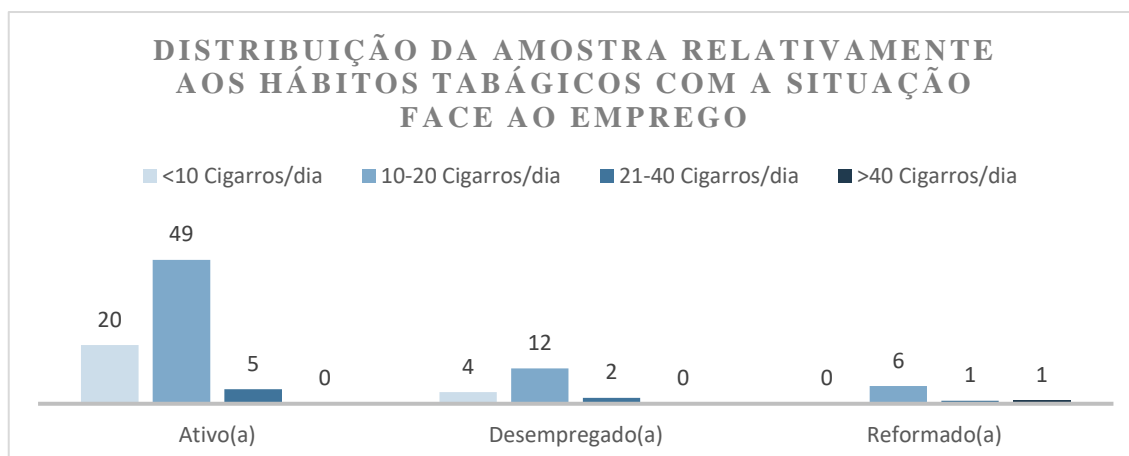


Gráfico 18 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação dos hábitos tabágicos com a situação face ao emprego

Recorrendo ao Teste do Qui-Quadrado, para análise de associação entre as variáveis do hábito tabágico e a situação face ao emprego, concluiu-se que não se verifica associação ($p > 0,05$).

3. TESTE DE FAGERSTRÖM PARA A DEPENDÊNCIA DA NICOTINA

Avaliada a dependência tabágica através do Teste de Fagerström para a dependência da Nicotina da nossa amostra registou-se em 3,1, com o desvio padrão de 1,883. O valor mínimo obtido foi 0 e o máximo foi 8 (tabela 6).

Tabela 6 - Análise descritiva do FTND dos indivíduos no estudo

	Mínima	Máxima	Média	Desvio Padrão
FTND	0	8	3,1	1,883

3.1.DEPENDÊNCIA TABÁGICA

Em relação à dependência tabágica cerca de 55 indivíduos demonstraram uma baixa dependência tabágica (55%), 39 indivíduos demonstraram uma dependência média (39%) e apenas 6 indivíduos demonstraram uma alta dependência (6%) (tabela 7 e gráfico 19).

Tabela 7 - Análise descritiva da dependência tabágica dos indivíduos no estudo

Dependência tabágica	Frequência (n)	Percentagem (%)
Baixa	55	55
Média	39	39
Alta	6	6
Total	100	100

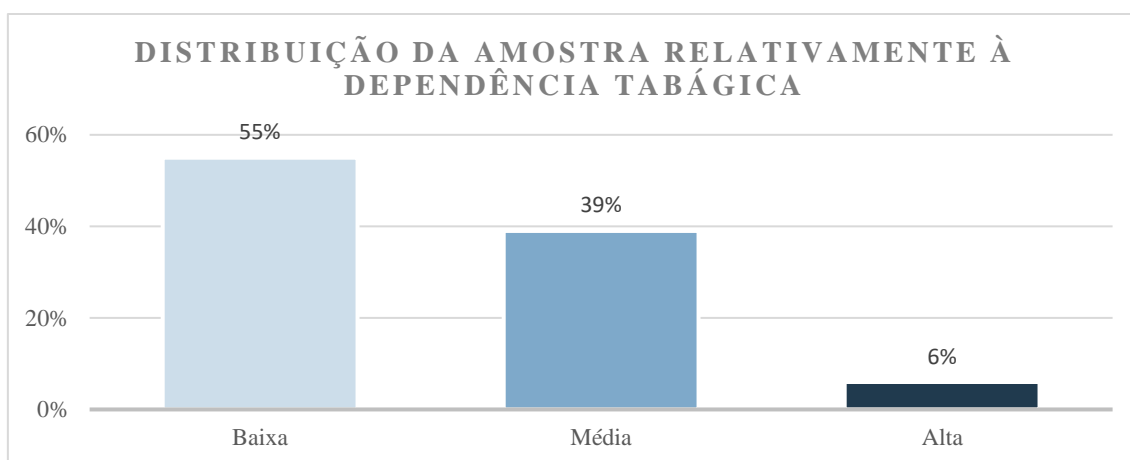


Gráfico 19 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por dependência tabágica

4. RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA TABÁGICA E VARIÁVEIS SOCIOECONÓMICAS

4.1.RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA TABÁGICA E RENDIMENTO FAMILIAR

Observou-se uma baixa dependência tabágica no grupo de rendimento familiar “1-2 Salários mínimos” (n=13), “2-4 Salários mínimos” (n=13) e no grupo que respondeu “Não sabe/Não responde” (n=16) (gráfico 20).

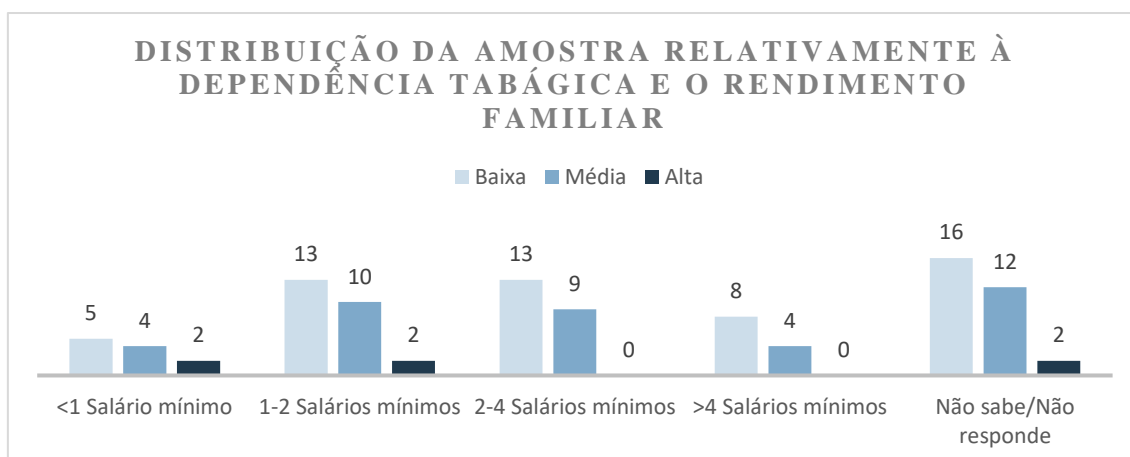


Gráfico 20 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação da dependência tabágica com o rendimento familiar

Recorrendo ao Teste do Qui-Quadrado, para análise de associação entre as variáveis da dependência tabágica e o rendimento familiar, concluiu-se que não se verifica associação ($p > 0,05$).

4.2.RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA TABÁGICA E SITUAÇÃO FACE AO EMPREGO

Observou-se 44 indivíduos com uma baixa dependência tabágica (44%) e 27 indivíduos com dependência média (27%) no grupo com emprego ativo(a) (gráfico 21).

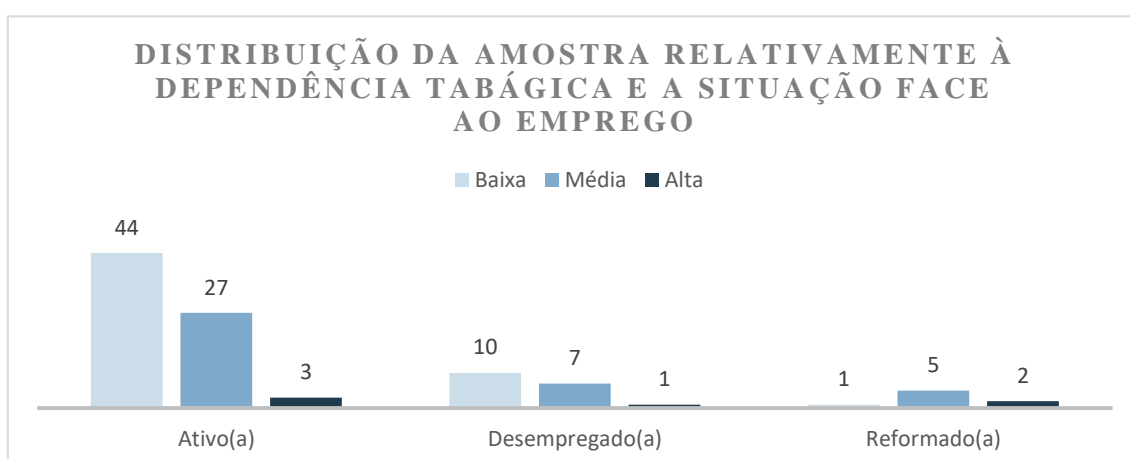


Gráfico 21 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação da dependência tabágica com a situação face ao emprego

Recorrendo ao Teste do Qui-Quadrado, para análise de associação entre as variáveis da dependência tabágica e a situação face ao emprego, concluiu-se que esta mesma associação não se verifica ($p > 0,05$).

5. APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA

Da nossa amostra, a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica foi concretizada só em 97 indivíduos, visto que 3 indivíduos não foi possível serem contactados. Entre os 97 indivíduos, cerca de 47 indivíduos mantiveram os hábitos tabágicos (48.5%), 48 indivíduos reduziram o consumo de tabaco (49,5%) e 2 indivíduos cessaram os hábitos tabágicos (2%) (tabela 8 e gráfico 22).

Tabela 8 - Análise descritiva da aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica dos indivíduos no estudo

Aplicação do algoritmo	Frequência (n)	Percentagem (%)	Válida (%)
Válido			
Manteve	47	47	48,5
Reduziu	48	48	49,5
Deixou	2	2	2
Total	97	97	100
Omisso	3	3	-
Total	100	100	-

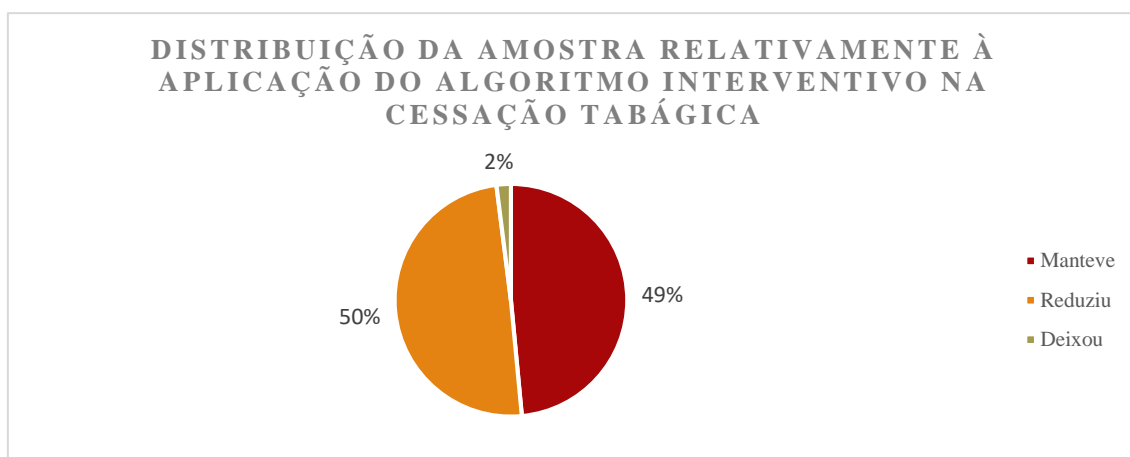


Gráfico 22 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da amostra por aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica

6. RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS COM A APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA

6.1. RELAÇÃO ENTRE GÉNERO COM A APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA

Em relação ao género com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica, observou-se uma redução no género feminino (n=29) (gráfico 23).

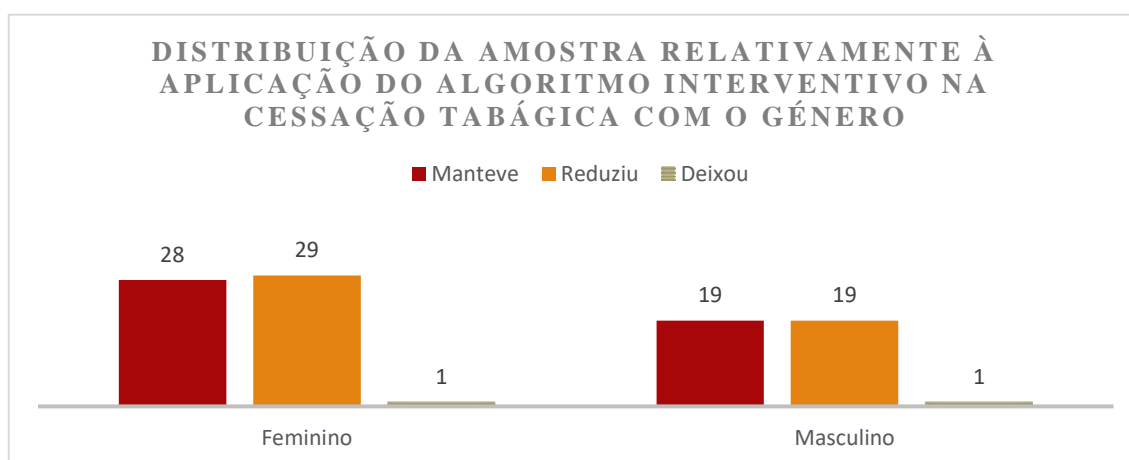


Gráfico 23 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação do género com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica

6.2.RELAÇÃO ENTRE FAIXA ETÁRIA COM A APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA

Em relação à faixa etária com aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica, observou-se uma redução dos hábitos tabágicos nas faixas etárias de 18-24 anos (n=21), 25-34 anos (n=10), 65-74 anos (n=2) e a cessação dos hábitos tabágicos nos grupos da faixa etária de 18-24 (n=1) anos e os 35-44 anos (n=1) (gráfico 24).

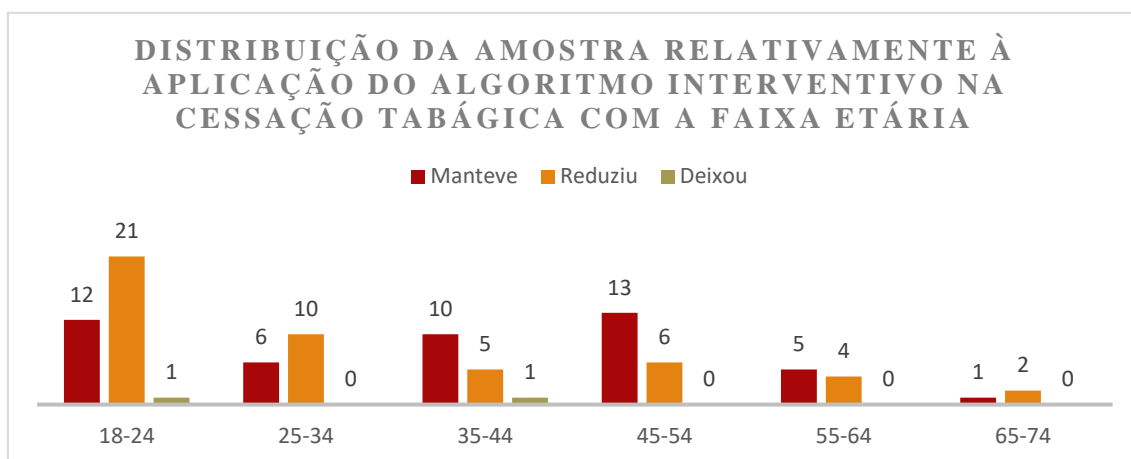


Gráfico 24 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação da faixa etária com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica

6.3.RELAÇÃO ENTRE ESTADO CIVIL COM A APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA

Em relação ao estado civil com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica, observou-se uma maior redução do consumo de tabaco no grupo dos solteiros(as) (n=34) e dos viúvos(as) (n=2) (gráfico 25).

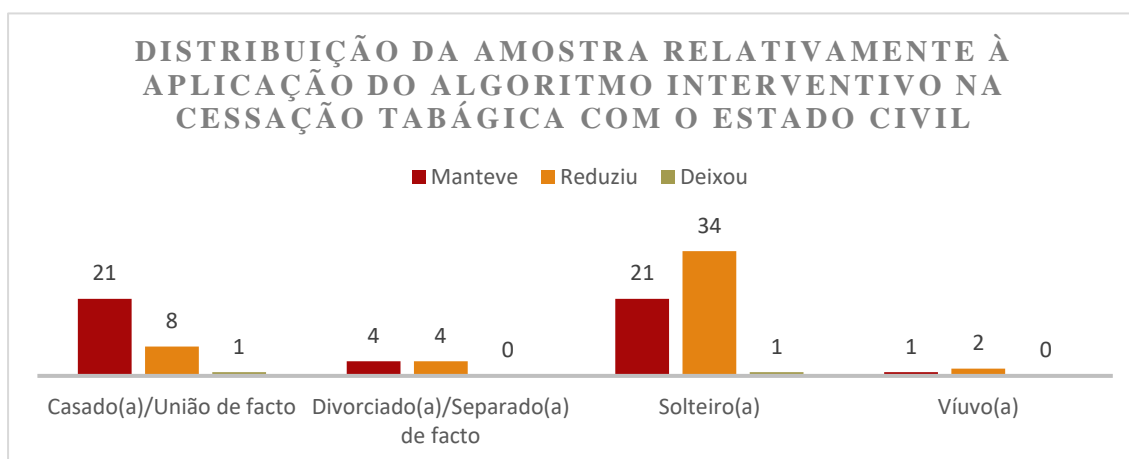


Gráfico 25 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação do estado civil com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica

7. RELAÇÃO ENTRE HÁBITOS TABÁGICOS COM A APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA

7.1. RELAÇÃO ENTRE NÚMEROS DE CIGARROS/DIA COM A APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA

Em relação ao número de cigarros/dia com aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica, observou-se uma maior redução ($n=33$) e a cessação ($n=2$) do hábito tabágico no grupo que consumia 10-20 cigarros/dia (gráfico 26).

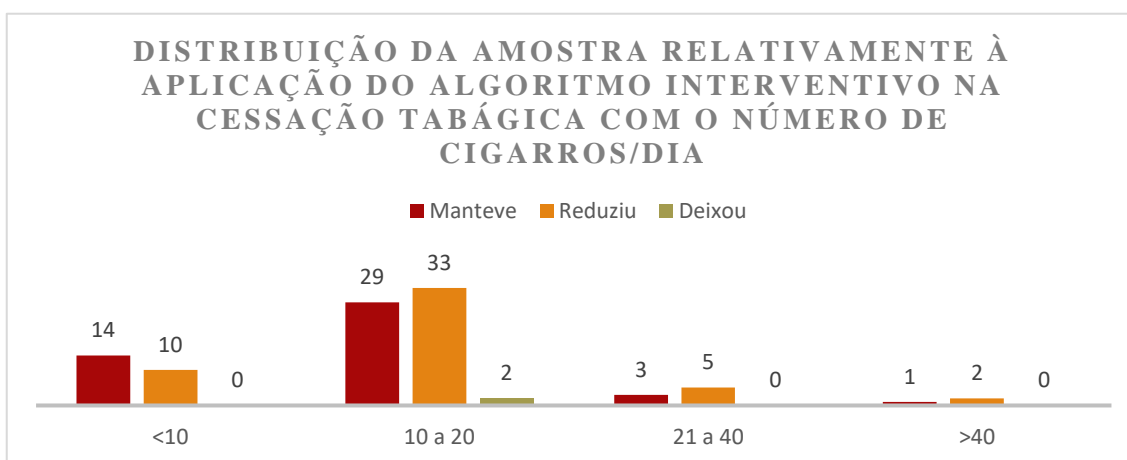


Gráfico 26 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação do número de cigarros/dia com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica

7.2.RELAÇÃO ENTRE FORMA DE CONSUMO COM A APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA

Em relação à forma de consumo com aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica, observou-se uma maior redução (n=39) de consumo de tabaco no grupo de cigarro (gráfico 27).

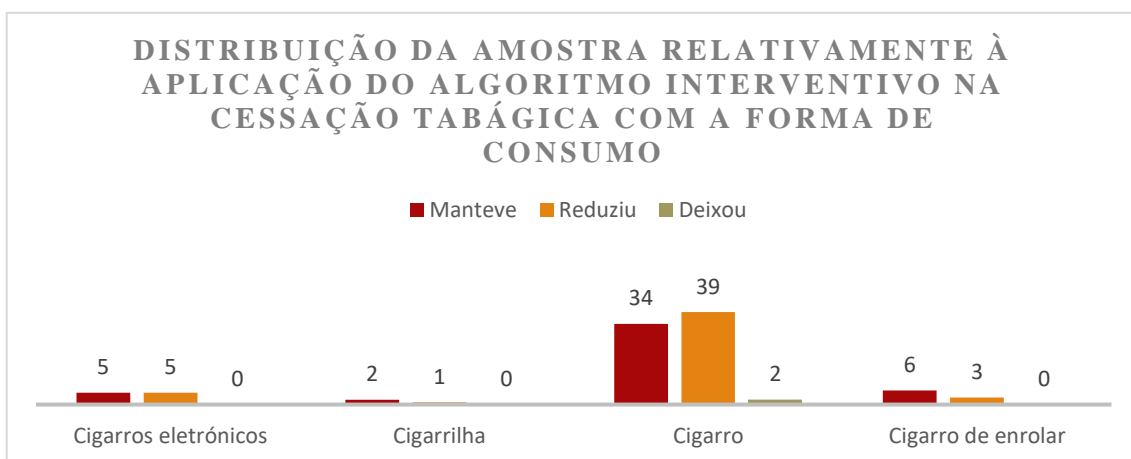


Gráfico 27 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação da forma de consumo com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica

7.3. RELAÇÃO ENTRE PENSAR EM DEIXAR DE FUMAR COM A APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA

Em relação ao pensar em deixar de fumar com aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica, observou-se que o grupo que já tinha deixado de fumar ou pensado em tal, foram os indivíduos capazes de cessar os consumos de tabaco (n=2). No grupo que não pensou cessar os hábitos de tabaco evidenciou-se mais indivíduos a reduzir os consumos de tabaco (n=9) (gráfico 28).

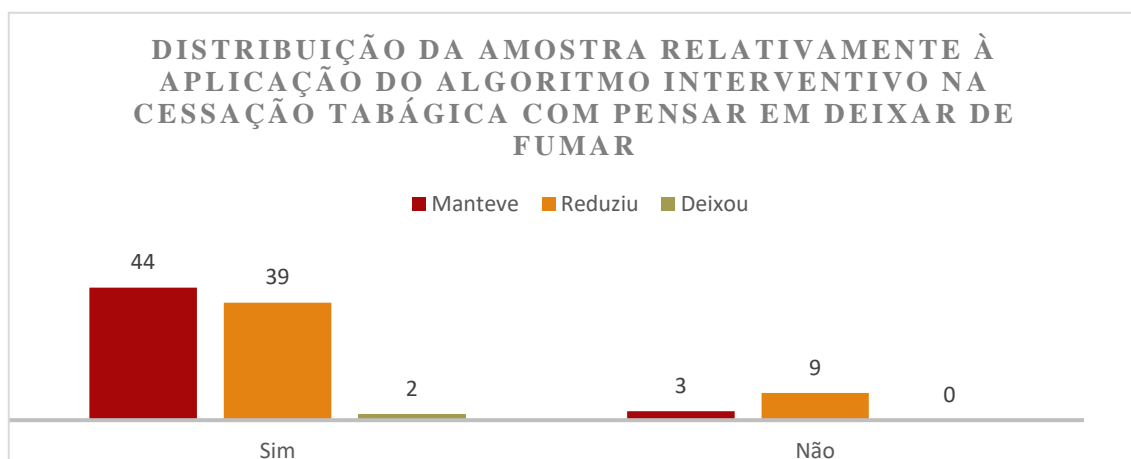


Gráfico 28 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação entre pensar deixar de fumar com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica

7.4. RELAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA TABÁGICA COM A APLICAÇÃO DO ALGORITMO INTERVENTIVO NA CESSAÇÃO TABÁGICA

Observou-se uma redução do consumo de tabaco no grupo de baixa dependência tabágica (n=26) e no grupo de média dependência (n=20) após a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica (gráfico 29).

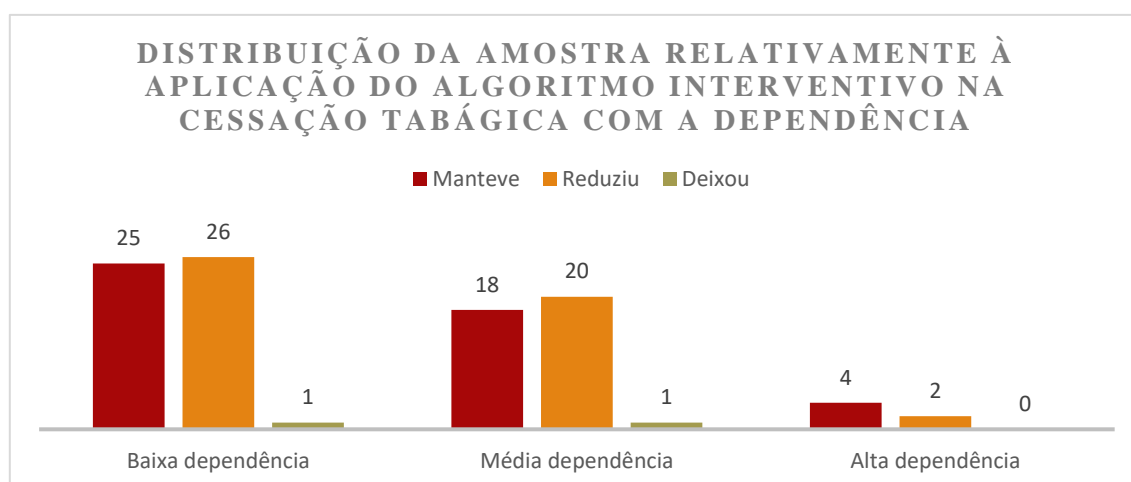


Gráfico 29 - Gráfico de frequências relativas da distribuição da relação da dependência tabágica com a aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica

VI. DISCUSSÃO

De acordo com o relatório do *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo de 2016*, baseado nas estimativas realizadas pelo *Institute of Health Metrics and Evolution*, morreram nesse ano em Portugal mais de 11800 pessoas por doenças relacionadas com o tabagismo. A prevalência de consumidores diários ou quase diários, entre 2012 e 2016/2017 foi de 95,2% para 94,0%, podendo afirmar-se que a redução foi irrelevante (Direção-Geral da Saúde, 2017).

Serve o presente estudo para compreender o papel do médico dentista no âmbito da intervenção na cessação tabágica, ou sua redução nos pacientes que frequentaram as consultas de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária Avançada da Clínica Dentária Egas Moniz. Este trabalho de investigação foi desenvolvido numa amostra de 100 indivíduos, pelo qual foi aplicado um questionário composto: as variáveis sociodemográficas/socioeconómicas, os hábitos tabágicos, FTND e o algoritmo interventivo na cessação tabágica segundo um estudo elaborado por Chávez. A primeira parte aborda as variáveis sociodemográficas associadas à nossa amostra, a segunda parte abrange as questões sobre os hábitos tabágicos e o FTND para avaliar a dependência tabágica e por fim aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica. A amostra foi contactada 2-4 semanas posteriormente à consulta por via telefónica com intuito de avaliar o efeito do papel do médico dentista na intervenção da cessação tabágica (Chavez, 2014).

As medidas para fomentar o controlo do consumo de tabaco e prevenção do tabagismo figuram-se como um dos objetivos imprescindíveis nas estratégias de saúde pública. A prevenção pode iniciar-se com a adoção de diretrizes governamentais, tais como o aumento da tributação dos produtos do tabaco, legislando sobre onde e como devem ser adquiridos, bem como a formulação de leis mais austeras com coimas severas no seu incumprimento. Segundo mais de 100 estudos realizados, demonstrou-se que se os impostos aplicados ao consumo de tabaco fossem elevados promovia-se uma redução considerável de consumo, particularmente na população com menos recursos e na população mais jovem que não está inserida no mercado de trabalho. A proibição do consumo de tabaco em locais comuns e no trabalho e limitação das publicidades promocionais de consumo, também são definidas como medidas benéficas (National Institute on Drug Abuse (NIDA), 2018).

Tem-se vindo a promover e difundir informações sobre o efeito prejudicial do consumo de tabaco, ainda assim, continua-se a verificar uma alta prevalência de hábitos tabágicos na população jovem e do género feminino (Saleiro, Damas, & Gomes, 2008). Apesar do esforço na adoção de medidas estratégicas na cessação tabágica na população, realçando todas as desvantagens do consumo de tabaco, os resultados obtidos são comprometedores (Damas, Saleiro, Marinho, Fernandes, & Gomes, 2009).

A nossa amostra foi composta por 100 indivíduos selecionados aleatoriamente de ambos os sexos com idade compreendida entre 18-74 anos, uma vez que a lei do tabaco só permite a sua compra a partir desta idade (de acordo com o Dec. Lei nº 63/2017 de 3 de agosto). Outros estudos aceitaram como idade mínima os 17 anos, ao relacionar a cessação tabágica com o FTND (Chavez, 2014; Helena et al., 2008).

O género mais prevalente da nossa amostra foi o sexo feminino (60%), como se verificou num estudo feito por Csibi et al. e Weber (Csibi, Csibi, Khalil, Ábrám, & Foley, 2019; Weber et al., 2017). Contudo estes resultados encontram-se em desacordo com os resultados obtidos noutros estudos feitos por Chavez, Costa et al. e Resende et al., em que o sexo masculino foi mais prevalente (Chavez, 2014; Costa, Valério, Pascoal, & Trovisqueira, 2016; Resende, Lopes, Silva, & Melo, 2017). Isto pode dever-se a vários fatores tais como: a distribuição geográfica ou demográfica como na seleção da amostra em causa. Contudo, segundo o relatório do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo de 2017, constatou-se uma redução de consumo de tabaco no sexo masculino quando comparado com o sexo feminino (Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, 2017).

Segundo a *Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números – 2015*, a faixa etária mais prevalente em relação ao consumo de tabaco diário foi dos 35-44 anos, seguindo-se a dos 45-54 anos, 25-34 anos, 55-64 anos, 15-24 anos e 65-74 anos (Emília Nunes et al., 2015). O grupo de faixa etária mais prevalente no consumo de tabaco da nossa amostra foi 18-24 anos (34%), seguindo-se dos 45-54 anos (20%), 35-44 anos (17%), que confirma com os resultados obtidos por Machado et al. em 2009, que se tem verificado um aumento do consumo no sexo feminino em todos os grupos etários, sendo mais marcado no grupo etário dos 15 aos 24 anos. Isto pode ser derivado a emancipação que os jovens são submetidos durante a transição de adolescência para vida adulta (nível social, emocional, psicológico), na integração da sociedade, promovendo um maior

consumo de tabaco durante esta transição (Machado, A., Nicolau, R., & Dias, C. M, 2009).

No que concerne ao estado civil, prevalece o grupo na categoria de solteiros (56%), de seguida a categoria de casados(as)/união de facto (30%), não estando de acordo com dos resultados obtidos por Leite et al., em 2017, que conclui que o grupo dos fumadores mais prevalente em Portugal são os casados, seguindo de solteiros, isto deve-se ao facto que a faixa etária mais prevalente da nossa amostra insere-se na faixa etária de 18-24 anos (Leite et al., 2017).

Em relação à escolaridade da nossa amostra, sendo mais prevalente no grau académico de ensino superior (51%), seguida de até ao 12ºano (29%) e até ao 9ºano (12%). De acordo os Censos de 2011, em Portugal, a maioria da população tem o ensino básico em 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2011), isto pode justificar que ao longo do tempo desde 2011 até à data, haja uma evolução e frequência de um grau académico superior por parte dos mais jovens devido a uma maior empregabilidade desde os dados de acordo com os Censos de 2011.

Em relação ao rendimento familiar, o grupo mais prevalente insere-se no grupo dos indivíduos que responderam “não sabem/não respondem” (30%), seguida no grupo de 1-2 salários mínimos (25%), seguido do grupo 2-4 salários mínimos (22%), visto que quase um terço da nossa amostra não respondeu a essa questão pode estar relacionado a prevalência da faixa etária da amostra entre os 18-24 anos, que ainda não tem emprego ou vivem com os progenitores.

Em relação à situação face ao emprego, 74% da nossa amostra insere-se na categoria de empregado(a) ativo(a), 18% desempregados(as) e apenas 8% apresentava-se como reformado(a), resultado semelhante ao de Leite et al. (2017).

Em relação ao consumo tabágico, o grupo mais prevalente insere-se no grupo entre 10-20 cigarros/dia (67%), de seguida insere-se no grupo até 10 cigarros (24%), estando o resultado obtido em conformidade com outros estudo feito por outros autores (Costa et al., 2016; Machado & Nunes, 2017; Rebelo, 2008; Xavier, Del-ponte, & Santos, 2018). À exceção dos resultado obtidos por Chávez (2014), que observou uma maior prevalência no consumos de menos de 10 cigarros/dia (58,4%), seguidos de 10-20 (37,1%) e 4% de consumos superiores a 20 cigarros/dia (Chavez, 2014).

O consumo do cigarro foi mais prevalente na nossa amostra (78%), seguindo-se do cigarro eletrónico (10%), do cigarro de enrolar (9%) e de cigarrilha (3%). Chávez (2014) e Xavier, Del-ponte, & Santos (2018), obtiveram resultados semelhantes. Entretanto segundo um estudo realizado por Breland et al. (2016), há um consumo crescente de cigarro eletrónico entre adolescentes e adultos nos últimos cinco anos em Estados Unidos de América. Refere também que em Portugal, o uso do cigarro eletrónico figura-se nos 17% (Breland et al., 2016).

Na nossa amostra, 88% afirma que já deixou ou já pensou deixar de fumar em comparação com 12% diz nunca o ter feito ou ponderado. Estudos afirmam que a intenção de cessar o consumo de tabaco é considerado como um fator preditivo, até mesmo uma condição moderadora relevante no âmbito da cessação tabágica (Afonso & Pereira, 2013; Rise, Kovac, Kraft, & Moan, 2008).

A dependência tabágica foi quantificada através do Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina, sendo a categoria de dependência baixa mais prevalente na nossa amostra (55%), seguida de dependência média (39%) e por fim a alta dependência (6%). A média da dependência tabágica foi 3,1 com desvio de padrão 1,883 na nossa amostra, correlaciona com os resultados obtidos, sendo o valor máximo obtido 8 e o mínimo 0. Os resultados obtidos da nossa amostra não estão de acordo com os resultados obtidos pelo Rebelo (2008) num estudo realizado com o intuito de definir os indivíduos que compareceram nas consultas de cessação tabágica do Centro de Saúde de Alvalade, obteve uma maior prevalência na dependência tabágica média (55%) seguida da alta dependência tabágica (28%) e baixa dependência (17%). Isto poderá justificar-se pelo facto de ter utilizado o teste não validado, sendo que atualmente já existe um teste validado para o português por Ferreira et al. em 2009, mas também porque as campanhas de promoção de cessação tabágica não foram suficientes (Rebelo, 2008).

O algoritmo aplicado no nosso estudo foi o algoritmo interventivo baseado em evidência, relativamente à intervenção e promoção da cessação tabágica. De acordo com alguns estudos, uma intervenção breve e incisiva na promoção na cessação tabágica aplicada pelos profissionais de saúde revela ser eficaz na promoção da cessação tabágica e na identificação dos fumadores (Land et al., 2012; Stead et al., 2013). A aplicação do algoritmo por parte de médico dentista aos fumadores revelou grande aceitação por parte

do fumador, benéfica na orientação e assistência na intervenção da cessação tabágica (Sood et al., 2014).

Correlacionando a dependência tabágica com o follow-up (manteve, reduziu ou deixou) constatou-se uma redução do consumo de tabaco relevante no grupo de baixa dependência (54,2%), seguida no grupo de dependência média (41,7%). Ao contrário, no grupo de alta dependência, o número de indivíduos que mantiveram os hábitos tabágicos foi superior em comparação aos que reduziram o consumo. Isto pode ser justificado pelo facto de já fumarem há vários anos, uma vez que a exposição repetida à mesma quantidade de tabaco associado com a dependência tabágica, leva a uma redução dos efeitos desejados. Assim, é perceptível que aqueles que possuem um menor grau de dependência têm mais facilidade em cessar o hábito tabágico. Segundo Roh (2018) aqueles que são considerados fumadores “pesados”, são os que se encontram mais dependentes da nicotina e que exibem uma dependência mais grave de abstinência quando cessam os hábitos tabágicos (Roh, 2018).

Constata-se que existem muitas barreiras no processo de cessação tabágica, como a recaída, sendo um facto preocupante durante a cessação tabágica. No futuro deve ter-se em consideração outras medidas para avaliar os fatores da abstinência, os impulsos, a tolerância e a dependência psicológica para que a cessação tabágica seja o mais previsível e bem sucedida. Não devemos prescindir do nosso papel como médicos dentistas na perceção das medidas preventivas para intervenção da cessação tabágica perante o paciente durante as consultas (Volz et al., 2014).

Nas limitações deste estudo, deve-se considerar o viés da seleção da amostra, por se tratar de uma amostra disponível e por conveniência, que poderá não ser representativa da população em estudo e pelo reduzido número de elementos que apresenta.

Outra das limitações deste estudo prende-se com o facto de as faixas etárias utilizadas neste estudo (18-74 anos) não serem exatamente iguais às utilizadas noutros estudos, tendo sido excluída a faixa etária que habitualmente tem maior percentagem de fumadores (24 aos 40 anos) e ter em consideração a avaliação psicológica da dependência e abstinência do fumador.

Existem poucos estudos epidemiológicos sobre o consumo de tabaco e a cessação tabágica em Portugal, neste sentido, devemos investir mais nesta valência no âmbito da educação e persuasão para que se promova e se adotem diretrizes políticas diferentes,

culturais e sociais relacionadas com o comportamento de fumar. As intervenções para interromper o uso de tabaco ainda não estão completamente integradas ou amplamente divulgadas nas rotinas dos serviços de saúde. A falta de estratégias de integração específicas e mesmo a perceção dos profissionais de saúde de que os tratamentos para a dependência de nicotina são pouco efetivos. Estas continuam a ser as barreiras que temos que enfrentar na promoção e intervenção da cessação tabágica.

VII. CONCLUSÃO

Dos resultados obtidos, podem-se retirar as seguintes conclusões:

- Verificou-se uma alta prevalência dos hábitos tabágicos da nossa amostra que frequenta a consulta de MDPCA II do Instituto Universitário Egas Moniz, na faixa etária jovem (18-24 anos), no sexo feminino, categoria académica de curso superior e no grupo com empregabilidade ativa;
- Os hábitos tabágicos não se relacionam com os fatores socioeconómicos;
- A dependência tabágica não relaciona com os fatores socioeconómicos;
- Constatou-se uma redução nos hábitos tabágicos associada à aplicação do algoritmo interventivo na cessação tabágica;

VIII. BIBLIOGRAFIA

- Afonso, F., & Pereira, M. G. (2013). Papel mediador das representações do tabaco e do suporte do parceiro em fumantes e ex-fumantes. *Temas Em Psicologia*, 21(2), 391–402. <https://doi.org/10.9788/tp2013.2-07>
- André, M. C., Cândido, A., Santiago, C., Cruz, O., Carreira, T., & Amendoeira, J. (2015). *Consumo de tabaco na mulher grávida: Revisão sistemática da literatura. Portuguese Journal of Mental Health Nursing* (Vol. 2). <https://doi.org/10.19131/jpmhn.0018>
- Aubin, H. J., Luquiens, A., & Berlin, I. (2014). Pharmacotherapy for smoking cessation: Pharmacological principles and clinical practice. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(2), 324–336. <https://doi.org/10.1111/bcp.12116>
- Awan, K. H., Hammam, M. K., & Warnakulasuriya, S. (2015). Knowledge and attitude of tobacco use and cessation among dental professionals. *Saudi Dental Journal*, 27(2), 99–104. <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2014.11.004>
- Azam, N., Alireza, R., Hoorieh, A., & Yazdani, C. J. (2018). A comparison of microleakage in self-etch fissure sealants and conventional fissure sealants with total-etch or self-etch adhesive systems. *European Journal of Dentistry*, 12(1), 242–246. <https://doi.org/10.4103/ejd.ejd>
- Becoña, E., Nogueiras, L., Flórez, G., Álvarez, S., & Vázquez, D. (2010). Propiedades psicométricas de la Escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS) en una muestra de fumadores que solicitan tratamiento por su dependencia del alcohol. *ADICCIONES*, 22(1), 37–50.
- Benowitz, N. L. (2010). Nicotine Addiction — NEJM, 2295–2304. Retrieved from <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra0809890>
- Binnie, V. I. (2008). Addressing the topic of smoking cessation in a dental setting. *Periodontology* 2000, 48(1), 170–178. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2008.00257.x>
- Breland, A., Soule, E., Lopez, A., Ramôa, C., El-Hellani, A., & Eissenberg, T. (2016). Electronic cigarettes: what are they and what do they do? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1394(1), 5–30. <https://doi.org/10.1111/nyas.12977>

- Cahill, K., Lancaster, T., & Perera, R. (2013). *Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis*. In: Cahill K, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Carmody, S., Davis, J., Tadi, S., Sharp, J. S., Hunt, R. K., & Russ, J. (2018). Evidence of tobacco from a Late Archaic smoking tube recovered from the Flint River site in southeastern North America. *Journal of Archaeological Science: Reports*, 21(May), 904–910. <https://doi.org/10.1016/j.jasrep.2018.05.013>
- Cavalcante, T. M., Figueiredo, V. C., Machado, C. V., Silva, V. L. da C. e, Turci, S. R. B., & Portes, L. H. (2018). A Política de Controle do Tabaco no Brasil: um balanço de 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1837–1848. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05202018>
- Chaffee, B. W., Couch, E. T., & Ryder, M. I. (2016). The tobacco-using periodontal patient: Role of the dental practitioner in tobacco cessation and periodontal disease management. *Periodontology* 2000, 71(1), 52–64. <https://doi.org/10.1111/prd.12120>
- Chavez, D. P. C. (2014). “*AValiação DO ALGORITMO INTERVENTIVO EM CESSAÇÃO TABÁGICA NA CONSULTA DE PERIODONTOLOGIA DA FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO.*”
- Costa, E. C. V., Valério, M. J., Pascoal, I., & Trovisqueira, A. M. (2016). Perfil Sócio-demográfico e Clínico de uma Amostra de Fumantes Portugueses: Implicações do Sexo para a Intervenção na Cessação Tabágica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), 1–11. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e322221>
- Couch, E. T., Rdh, M. S., Chaffee, B. W., Mph, D. D. S., Gansky, S. A., Drph, M. S., ... Rdh, E. (2016). The changing tobacco landscape. *The Journal of the American Dental Association*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.01.008>
- Csibi, M., Csibi, S., Khalil, G., Ábrám, Z., & Foley, K. (2019). The presence and stability of nicotine dependence symptoms among adolescents after the implementation of a smoking prevention program. *Tobacco Induced Diseases*, 17(February), 1–7. <https://doi.org/10.18332/tid/100556>
- D’souza, S., & Addepalli, V. (2018). Preventive measures in oral cancer: An overview. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, 107(May), 72–80.

- <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2018.07.114>
- Da Silva, M. T. B., De Araújo, F. L. O., Félix, F. H. C., Simão, A. F. L., Lobato, R. D. F. G., De Sousa, F. C. F., ... De Vasconcelos, S. M. M. (2010). Álcool e nicotina: Mecanismos de dependência. *Revista Neurociencias*, 18(4), 531–537.
- Damas, C., Saleiro, S., Marinho, A., Fernandes, G., & Gomes, I. (2009). Avaliação de hábitos tabágicos em alunos do ensino secundário. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(1), 43–53. [https://doi.org/10.1016/s0873-2159\(15\)30108-2](https://doi.org/10.1016/s0873-2159(15)30108-2)
- Dani, J. A., & Balfour, D. J. K. (2011). Historical and current perspective on tobacco use and nicotine addiction. *Trends in Neurosciences*, 34(7), 383–392. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2011.05.001>
- Dawson, G. M., Noller, J. M., & Skinner, J. C. (2013). Models of smoking cessation brief interventions in oral health. *New South Wales Public Health Bulletin*, 24(3), 131–134. <https://doi.org/10.1071/NB12090>
- DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., Rigotti, N. A., McNeill, A. D., ... Wood, C. (2002). Measuring the Loss of Autonomy Over Nicotine Use in Adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(4), 397. <https://doi.org/10.1001/archpedi.156.4.397>
- Direcção Geral de Saude. (2007). Circular Normativa - Tipo de actuação em cessação tabágica. *Direcção-Geral Da Saúde*.
- Farsalinos, K. E., & Polosa, R. (2014). Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes: a systematic review, 67–86. <https://doi.org/10.1177/2042098614524430>
- Ferreira, L., Quintal, C., Lopes, I., & Taveira, N. (2009). Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27, 37–56.
- Fraga, S., Sousa, S., Santos, A.-C., Mello, M., Lunet, N., Padrão, P., & Barros, H. (2005). Tabagismo em Portugal, 19(5–6), 207–229.
- Franken, R. A., Nitrini, G., Franken, M., Fonseca, A. J., Leite, J. C. T., & Paulo, S. (1996). Nicotina. Ações e Interações, 66(1), 371–373.

- Fricain, J. C., & Sibaud, V. (2017). Pigmentations de la muqueuse buccale. *Presse Medicale*, 46(3), 303–319. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2017.02.005>
- Goldstein, A. O., Gans, S. P., Ripley-Moffitt, C., Kotsen, C., & Bars, M. (2018). Use of Expired Air Carbon Monoxide Testing in Clinical Tobacco Treatment Settings. *Chest*, 153(2), 554–562. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2017.11.002>
- Granda-Orive, J. I. de, Pascual-Lledó, J. F., Asensio-Sánchez, S., Solano-Reina, S., García-Rueda, M., Martínez-Muñiz, M. Á., ... Jiménez-Ruiz, C. A. (2019). Is There an Association Between the Degree of Nicotine Dependence and the Motivation to Stop Smoking? *Archivos de Bronconeumologia*, 55(3), 139–145. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2018.08.003>
- Healy, C. M., & Moran, G. P. (2019). The microbiome and oral cancer: More questions than answers. *Oral Oncology*, 89(December 2018), 30–33. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2018.12.003>
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., & Fagerström, K. O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119–1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Helena, C., Luppi, B., Virginia, M., Faria, M., Alves, F., Godoy, I. De, & Padovani, C. R. (2008). Perfil tabágico segundo teste de dependência em nicotina. *Revista Ciência Em Extensão*, 94–104.
- Hoffman, S. J., & Tan, C. (2015). Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies. *BMC Public Health*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2041-6>
- Ioakeimidis, N., Vlachopoulos, C., Katsi, V., & Tousoulis, D. (2018). Smoking cessation strategies in pregnancy: Current concepts and controversies. *Hellenic Journal of Cardiology*, (xxxx), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.hjc.2018.09.001>
- Kato, T., Mizutani, S., Takiuchi, H., Sugiyama, S., Hanioka, T., & Naito, T. (2017). Gingival pigmentation affected by smoking among different age groups: A quantitative analysis of gingival pigmentation using clinical oral photographs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8). <https://doi.org/10.3390/ijerph14080880>

- Konstantinou, E., Fotopoulou, F., Drosos, A., Dimakopoulou, N., Zagoriti, Z., Niarchos, A., ... Farsalinos, K. (2018). Tobacco-specific nitrosamines: A literature review, Food and Chemical Toxicology. *Food and Chemical Toxicology*, 118, 198–203. <https://doi.org/10.1016/j.fct.2018.05.008>
- Kopa, P. N., & Pawliczak, R. (2019). IQOS - a heat-not-burn (HnB) tobacco product – chemical composition and possible impact on oxidative stress and inflammatory response. A Systematic Review. *Toxicology Mechanisms and Methods*, 0(0), 000. <https://doi.org/10.1080/15376516.2019.1669245>
- Land, T. G., Rigotti, N. A., Levy, D. E., Schilling, T., Warner, D., & Li, W. (2012). The effect of systematic clinical interventions with cigarette smokers on quit status and the rates of smoking-related primary care office visits. *PLoS ONE*, 7(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041649>
- Leite, A., Machado, A., Pinto, S., & Dias, C. M. (2017). *Caraterísticas sociodemográficas dos fumadores diários em Portugal Continental: análise comparativa dos Inquéritos Nacionais de Saúde (1987, 1995/1996, 1998/1999, 2005/2006 e 2014)*. (I. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, Ed.). Lisboa.
- Lf, S., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., Cahill, K., & Lancaster, T. (2012). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, (11).
- Machado, J. P., & Nunes, B. (2017). Comportamentos face ao tabaco e aos cigarros eletrónicos da população residente em Portugal com 15 e mais anos de idade: resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2014. *Boletim Epidemiológico Observações. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP*, 5–10.
- Marques, A. R., Esteves, M. J., & Hespanhol, A. P. (2013). Evidência no Tratamento Farmacológico da Cessação Tabágica. *Revista ADSO*, 2013(01), 17–22.
- Martins, J. B., & Capela, J. P. S. (2010). *ABORDAGEM FARMACOLÓGICA NA CESSAÇÃO TABÁGICA EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA* (Vol. 257).
- Milton, M., Maule, C., Yee, S., Backinger, C., Malarcher, A., & Husten, C. (2004). Youth Tobacco Cessation: A Guide for Making Informed Decisions. *Centers for Disease Control and Prevention*, 84.

- Myers Virtue, S., Waldron, E., Darabos, K., DeAngelis, C., Moore, D., Fornatora, M., & Tellez, M. (2017). Dental Students' Attitudes Toward Tobacco Cessation in the Dental Setting: A Systematic Review. *Journal of Dental Education*, 81(5), 500–516. <https://doi.org/10.21815/JDE.016.016>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2018). *Tobacco, Nicotine, and E- Cigarettes*.
- Nunes, Emilia, Candeias, A., Mendes, B., & Pardal, C. (2007). *Cessação Tabágica - Programa tipo de atuação. Direcção Geral de Saúde* (Vol. 1). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Nunes, Emília, Narigão, M., Nogueira, P. J., Farinha, C. S., Soares, A. P., Oliveira, A. L., ... Serra, L. (2015). *PORTUGAL Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números - 2015, Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Direcção-Geral da Saúde*. Retrieved from http://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Tabagismo.pdf
- Paumgartten, F. J. R., Gomes-Carneiro, M. R., & Oliveira, A. C. A. X. de. (2017). O impacto dos aditivos do tabaco na toxicidade da fumaça do cigarro: uma avaliação crítica dos estudos patrocinados pela indústria do fumo. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(suppl 3). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00132415>
- Pemberton, M. N. (2018). Oral cancer and tobacco: Developments in harm reduction. *British Dental Journal*, 225(9), 1–5. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2018.928>
- Peterson, L. A., & Hecht, S. S. (2017). Tobacco, e-cigarettes, and child health. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(2), 225–230. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000456>
- Rebelo, L. (2008). Consulta de cessação tabágica no Centro de Saúde de Alvalade. Os primeiros 184 pacientes fumadores. Avaliação de resultados. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*, 13–20.
- Rebelo L. (2011). Intervenção breve no paciente fumador - Aplicação prática dos «5 As» e dos «5 Rs». *Revista Portugal Clinica Geral* , 356–361.
- Rehan, F., Rabia Sannam Khan, B., Khurshid, Z., Mohammed Sohail Memon, Mr., Naqvi, S., & Muhammad Sohail Zafar, B. (2016). Analysis of Resting Mouth Salivary Flow Rate and Salivary pH of Tobacco Chewers and Smokers. *JPDA J Pak*

- Dent Assoc*, 25(254), 158–163. Retrieved from <http://jpda.com.pk/wp-content/uploads/2017/03/V25-47.pdf>
- Resende, M., Lopes, O., Silva, O., & Melo, P. (2017). Assessment of tobacco use and tobacco cessation counseling by Portuguese dentists. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 58(1), 2–7. <https://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.05.013>
- Rise, J., Kovac, V., Kraft, P., & Moan, I. S. (2008). Predicting the intention to quit smoking and quitting behaviour: Extending the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 13(2), 291–310. <https://doi.org/10.1348/135910707X187245>
- Ritter, A. V., Shugars, D. A., & Bader, J. D. (2010). Root caries risk indicators: A systematic review of risk models. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 38(5), 383–397. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2010.00551.x>
- Roh, S. (2018). Scientific evidence for the addictiveness of tobacco and smoking cessation in tobacco litigation. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 51(1), 1–5. <https://doi.org/10.3961/jpmph.16.088>
- Saleiro, S., Damas, C., & Gomes, I. (2008). Hábitos tabágicos e conhecimento dos riscos do tabagismo em função da formação académica em estudantes universitários. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 14(2), 231–238. [https://doi.org/10.1016/s0873-2159\(15\)30232-4](https://doi.org/10.1016/s0873-2159(15)30232-4)
- Santos, C., Lacerda, M., Lima, E., & Ribeira, I. (2017). O Tabagismo e suas implicações na saúde pulpar e periodontal El tabaquismo y sus consecuencias para la pulpa y la salud periodontal Smoking and its impact on pulp and periodontal health. *Revista Cubana de Estomatología*, pp. 1–11. Retrieved from <http://scielo.sld.cu>
- Santos, M., & Almeida, A. (2016). Consumo do Cigarro Eletrónico em contexto Laboral: proibir, tolerar ou incentivar ? *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional*, 1–18.
- Santos, Maria, Silva, M., Cristo, E., Oliveira, T., Malta, D., Stopa, S., & Andrade, S. (2017). Evolução de indicadores do tabagismo segundo inquéritos de telefone, 2006–2014. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(suppl 3), 2006–2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00134915>

- Saura-Moreno, C., Cortés-Arcas, M. V., Fernández-Meseguer, A., Calvo-Bonacho, E., & Llodra-Calvo, J. C. (2017). Root caries analysis in working population of 35-44 years of age (Spain). *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 22(5), e527–e535. <https://doi.org/10.4317/medoral.21685>
- Sood, P., Narang, R., Swathi, V., Mittal, L., Jha, K., & Gupta, A. (2014). Dental patient's knowledge and perceptions about the effects of smoking and role of dentists in smoking cessation activities. *European Journal of Dentistry*, 8(2), 216–223. <https://doi.org/10.4103/1305-7456.130605>
- Stead, L., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). *The Cochrane Library, Issue 2*, (5).
- Sutin, A. R., Flynn, H. A., & Terracciano, A. (2018). Maternal smoking during pregnancy and offspring personality in childhood and adulthood. *Journal of Personality*, 86(4), 652–664. <https://doi.org/10.1111/jopy.12342>
- Tiesler, C. M. T., & Heinrich, J. (2014). Prenatal nicotine exposure and child behavioural problems. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23(10), 913–929. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0615-y>
- Trujillo, M. A., Khoddam, R., Greenberg, J. B., Dyal, S. R., Ameringer, K. J., Zvolensky, M. J., & Leventhal, A. M. (2017). Distress Tolerance as a Correlate of Tobacco Dependence and Motivation: Incremental Relations over and above Anxiety and Depressive Symptoms. *Behavioral Medicine*, 43(2), 120–128. <https://doi.org/10.1080/08964289.2015.1110559>
- USDHHS, U. D. of H. and H. S. (2014). *The Health Consequences of Smoking- 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, Executive Summary. A Report of the Surgeon General*. Retrieved from http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/50th-anniversary/index.htm
- Volz, A. R., Dennis, P. A., Dennis, M. F., Calhoun, P. S., Wilson, S. M., & Beckham, J. C. (2014). The role of daily hassles and distress tolerance in predicting cigarette craving during a quit attempt. *Nicotine and Tobacco Research*, 16(6), 872–875. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt286>
- Weber, C. F., Hatschbach, P., Pithan, S. A., & Dullius, A. I. dos S. (2017). Measure

- nicotine dependence by the fagerström test for nicotine dependence. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 65(3), 208–215. <https://doi.org/10.1590/1981-863720170002000043223>
- Wong, T. S. C., & Wiesenfeld, D. (2018). *Oral Cancer. Australian Dental Journal* (Second Edi, Vol. 63). Elsevier. <https://doi.org/10.1111/adj.12594>
- World Health Organization (WHO). (2012). *WHO Global Report - Mortality Attributable to Tobacco. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.*
- World Health Organization (WHO). (2017). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: monitoring tobacco use and prevention policies. World Health Organization.* <https://doi.org/Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO>.
- Xavier, M. O., Del-ponte, B., & Santos, I. S. (2018). Epidemiologia do tabagismo em zona rural de um município de médio porte no Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 1–12.
- Zheng, Y., Zhen, C., Dench, D., & Nonnemaker, J. M. (2016). U.S. DEMAND FOR TOBACCO PRODUCTS IN A SYSTEM FRAMEWORK. *Health Economics*, 20. <https://doi.org/10.1002/hec>
- Zumbado, M., Luzardo, O. P., Rodríguez-Hernández, Á., Boada, L. D., & Henríquez-Hernández, L. A. (2019). Differential exposure to 33 toxic elements through cigarette smoking, based on the type of tobacco and rolling paper used. *Environmental Research*, 169(October 2018), 368–376. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.11.021>
- Zwar, N. A., Mendelsohn, C. P., & Richmond, R. L. (2014). Tobacco smoking: options for helping smokers to quit. *AUSTRALIAN FAMILY PHYSICIAN*, 43(6), 348–354.
- Zwar, N., Mendelsohn, C. C. P., & Richmond, R. (2011). Supporting smoking cessation: A guide for health professionals. *BMJ: British Medical Journal*, (January), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmj.f7535>

IX. ANEXOS

Anexo 1: Carta de aprovação da Comissão de Ética da Cooperativa de Ensino Egas Moniz, CRL.

Comissão de Ética



Proc. Interno nº 688

Ex.ma Senhora
Núria de Oliveira Gomes

Monte de Caparica, 13 de fevereiro de 2019.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado **“O papel do Médico Dentista na intervenção da cessação tabágica na consulta de MDPCA do Instituto Universitário Egas Moniz”**, foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Prof.ª. Doutora Maria Fernanda de Mesquita

Anexo 2: Autorização WHO para uso de imagem.

ID: 285603 Permission authorization for WHO copyrighted material



permissions@who.int

sáb, 27/04/2019 16:20

Você: permissions@who.int



Dear Ms Gomes

Thank you for your request for permission to reproduce, reprint or translate certain WHO copyrighted material.

On behalf of the World Health Organization, we are pleased to authorize your request to reproduce the WHO materials as detailed in the form below, subject to the terms and conditions of the non-exclusive licence below.

If you have questions regarding this authorization, please contact permissions@who.int.

We thank you for your interest in WHO published materials.

Kind regards,
WHO Permissions team

Anexo 3: Questionário.



Questionário nº (____)

Data ____/____/____

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO TABÁGICA

PARTE I

1. Sexo:

- ☐ Feminino
☐ Masculino

2. Idade:

- ☐ 18-24
☐ 25-34
☐ 35-44
☐ 45-54
☐ 55-64
☐ 65-74
☐ 75-86

3. Estado Civil:

- ☐ Casado(a)/ União de facto
☐ Separado(a) de facto/ Divorciado(a)
☐ Solteiro(a)
☐ Viúvo(a)

4. Nível de Escolaridade:

- ☐ Não sabe ler nem escrever
☐ Sabe ler e escrever
☐ Até ao 4º ano
☐ Até ao 7º ano
☐ Até ao 9º ano
☐ Até ao 12º ano
☐ Curso Superior
☐ Pós-Graduação

5. Rendimento familiar:

- ☐ <1 Salário mínimo
- ☐ 1-2 Salários mínimos
- ☐ 2-4 Salários mínimos
- ☐ >4 Salários mínimos
- ☐ Não entendo/Não percebo
- ☐ Não sabe/Não responde

6. Situação face ao emprego:

- ☐ Ativo(a)
- ☐ Desempregado(a)
- ☐ Reformado(a)

PARTE II

7. Fumador:

- ☐ Ocasional
- ☐ Diário

8. Quantos cigarros fuma por dia?

- ☐ Menos de 10
- ☐ 10 a 20
- ☐ 21 a 40
- ☐ > 40

9. Que tipo de cigarros fuma?

- ☐ Cachimbo
- ☐ Cigarros Eletrónicos
- ☐ Cigarrilha
- ☐ Cigarro
- ☐ Cigarros de enrolar
- ☐ Outros: _____

10. Quando fuma o 1º cigarro depois de acordar?

- ☐ Após 60 minutos
- ☐ Entre os 31 e os 60 minutos
- ☐ Entre os 6 e os 30 minutos
- ☐ Nos primeiros 5 minutos

11. Já alguma vez deixou ou pensou deixar de fumar?

- ☐ Sim
☐ Não

12. Tem dificuldade em não fumar em locais públicos? (ex: igrejas, local de trabalho, cinemas, centros comerciais, etc)?

- ☐ Não
☐ Sim

13. Qual o cigarro que lhe custaria mais não fumar?

- ☐ O primeiro do dia
☐ Qualquer outro

14. Durante as primeiras horas, depois de acordar, fuma mais que no resto do dia?

- ☐ Não
☐ Sim

15. Fuma mesmo estando doente ou acamado?

- ☐ Não
☐ Sim

